




Zicht op **EFFECTIVITEIT**

Handboek voor praktijkgestuurd
effectonderzoek in de jeugdzorg

Deel II

Tom van Yperen & Jan Willem Veerman (red.)

 Eburon

Het gaat niet alleen over het meten van effecten, maar ook over het effect van meten.

Marjon Janssen, lid van de projectgroep Zicht op Effectiviteit 2005[†]

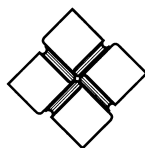
Zicht op Effectiviteit

**Handboek voor
praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg**

Redactie

T.A. van Yperen

J.W. Veerman



Eburon Delft
2008

ISBN 978 90 5972 252 - 1

Uitgeverij Eburon

Postbus 2867

2601 CW Delft

tel.: 015-2131484 / fax: 015-2146888

info@eburon.nl / www.eburon.nl

Vormgeving omslag: Studio Hermkens

© 2008 T.A van Yperen / J.W. Veerman.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de rechthebbende.

Redactie

Tom van Yperen (Nederlands Jeugdinstituut)

Jan Willem Veerman (Praktikon)

Projectgroep

Deze uitgave is een product van het project 'Zicht op Effectiviteit', uitgevoerd door een projectgroep, bestaand uit:

prof. dr. Jan Willem Veerman (Praktikon, projectleider en penvoerder)

prof. dr. Tom van Yperen (Nederlands Jeugdinstituut, projectleider)

dr. Bas Bijl (PI Research)

Herma Ooms M.C.M. (Collegio)

drs. Dries Roosma (Jeugdzorg Drenthe).

Financier

Het project 'Zicht op Effectiviteit' is in de periode 2005-2007 uitgevoerd met subsidie van het ministerie van VWS / ministerie voor Jeugd en Gezin.

Bestellen, downloaden en informatie

De uitgave is te bestellen bij Eburon (www.eburon.nl) en de boekhandel. Afzonderlijke onderdelen van de publicatie zijn te downloaden via www.eburon.nl. Meer informatie over 'Zicht op Effectiviteit' is te vinden via www.sejn.nl en www.jeugdinterventies.nl.

Voorwoord

In deze publicatie worden de zeven hoofdstukken van Deel II van de eerste druk van het handboek *Zicht op effectiviteit* uit 2008 gebundeld. Deel I van dit boek schetste een algemeen kader van onderzoek naar effectiviteit in de praktijk, met onder andere de effectladder. Deel III bood nadere theoretische en praktische verdieping van dit onderzoek en gaf praktische handreikingen hiervoor. In de najaar 2017 verschenen tweede druk* het boek zijn de hoofdstukken van deze delen herzien en aangevuld. Deel II is geheel vervangen.

In deel II werden verschillende thema's van het boek aan de hand van voorbeelden uitgewerkt. Deze voorbeelden waren ontleend aan instellingen die in die tijd golden als pioniers van het effectonderzoek in de praktijk. In de nieuwe druk is dit deel geheel vervangen en geactualiseerd. Het leek ons nuttig en leerzaam dat de ervaringen van de pioniers beschikbaar blijven voor een groter publiek. Daartoe dient deze uitgave. Aan bod komen onderwerpen als:

- de wijze waarop de theoretisch onderbouwing van interventies in de praktijk 'door te lichten' en te verbeteren is;
- hoe praktijkervaring is te gebruiken om methodieken te verbeteren;
- het organiseren van *follow-up*-metingen;
- het vergelijken van instellingsgegevens met die van andere organisaties;
- het organiseren van de dataverzameling en de benutting van de gegevens;
- op de opleiding van hulpverleners in het inbedden van het gebruik van instrumenten in het primaire proces;
- het gebruik van onderzoeksinformatie in het primaire proces en op teamniveau.

De voorbeelden zijn afkomstig van Hulp aan Huis in Groningen, Drenthe en Overijssel, Klinische gezinsbehandeling De Bellenbergh en Beilen, de Hoenderloo Groep en Spirit.

De herziene en de vorige druk van *Zicht op effectiviteit* maken deel uit van een stroom van activiteiten die sinds de eeuwwisseling vanuit verschillende perspectieven in gang zijn gezet, maar toch een gemeenschappelijk doel kennen: de kwaliteit van de jeugdzorg op een hoger plan te brengen teneinde jeugdigen en hun gezinnen met opgroei- en opvoedproblemen de best mogelijk kansen op een positieve ontwikkeling te bieden. Het handboek kan gezien worden als één van de ondersteunende middelen hiervoor.

* Van Yperen, T.A., Veerman, J.W. & Bijl, B. (Red.). (2017). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector*. Rotterdam: Lemniscaat. Zie www.sejn.nl voor meer informatie.

Inhoud

De paginanummering van Deel II is identiek aan de paginanummering in het originele boek, deze kan benut worden voor literatuurverwijzingen naar de betreffende hoofdstukken.

DEEL II. PIONIERS IN DE PRAKTIJK..... 107

Hoofdstuk 6. Kennis naar boven brengen: voorbeelden uit de praktijk *Bas Bijl, Jan-Wilm Delicat en Mariska van der Steege* **109**

- 6.1 *Upgraden* van professionele kennis..... 109
- 6.2 Expliciteren en funderen..... 110
- 6.3 Kwadrant: de professional centraal 111
- 6.4 Jeugdzorg Drenthe: praktijkkennis ontlokken om te werken zoals bedoeld 114
- 6.5 Spirit: aanwijzingen opsporen voor verbeterde en effectieve hulp 118
- 6.6 Verankeren, verbinden en vernieuwen 121
- 6.7 Bronvermelding 122

Hoofdstuk 7. De verdere ontwikkeling van de hulpverlening: de bouwstenenmethode *Bas Vogelvang en Baukje Vermeiden*..... **123**

- 7.1 Inleiding..... 123
- 7.2 Kennisintensief werken 124
- 7.3 De bouwstenenmethode..... 126
- 7.4 Werken met bouwstenen..... 128
- 7.5 Prestatie-indicatoren als motor voor nieuwe bouwstenen 135
- 7.6 Conclusies..... 136
- 7.7 Bronvermelding 137

Hoofdstuk 8. *Follow-up*-onderzoek bij de Hoenderloo Groep *Coleta van Dam en Gert Kroes* **139**

- 8.1 Inleiding..... 139
- 8.2 De eerste keuzes 140
- 8.3 De voorbereidingen 142
- 8.4 Uitvoeringsfase 145
- 8.5 Resultaten van de onderzoeksjaren 2003-2004 147
- 8.6 Wat doen we met de resultaten van het onderzoek?..... 151
- 8.7 De balans opmaken..... 153
- 8.8 Bronvermelding 154

Hoofdstuk 9. Ervaringen met effectmeting bij klinisch-psychiatrische gezinsbehandeling in De Bellenbergh <i>Henry Gritter en Gert Kroes</i>	155
9.1 Inleiding	155
9.2 Opzet van het effectiviteitonderzoek	157
9.3 Uitkomsten.....	160
9.4 De ervaringen met effectiviteitonderzoek binnen De Bellenbergh	163
9.5 Samenvatting en conclusies	166
9.6 Bronvermelding	167
Hoofdstuk 10. Organisatie praktijkgestuurd effectonderzoek bij Hulp aan Huis <i>Dries Roosma en Hans Tönjes</i>	169
10.1 Inleiding	169
10.2 Wat is Hulp aan Huis?	169
10.3 Onderzoek als onderdeel van de methodiek	175
10.4 Verankering in organisatie en financiering.....	178
10.5 Aandachtspunten.....	181
10.6 Besluit	182
10.7 Bronvermelding	183
Hoofdstuk 11. Scholing voor professionele omgang met onderzoeksinstrumenten <i>Ger Kerkstra</i>	185
11.1 Inleiding	185
11.2 Scholing als onderdeel van het programma Hulp aan Huis.....	186
11.3 Het nut van vragenlijsten voor het primaire proces.....	186
11.4 De inbedding in de praktijk	188
11.5 Conclusies.....	192
11.6 Bronvermelding	193
Hoofdstuk 12. Onderzoeksgegevens als sturingsinformatie voor hulpverleners en teams <i>Marion Leijssen</i>	195
12.1 Inleiding	195
12.2 Gebruik van vragenlijsten bij IOG: microniveau	196
12.3 Gebruik van vragenlijsten bij IOG: mesoniveau	200
12.4 Aanbevelingen	204
12.5 Bronvermelding	205
Over de auteurs	207

DEEL II. PIONIERS IN DE PRAKTIJK

Hoofdstuk 6. Kennis naar boven brengen: voorbeelden uit de praktijk

Bas Bijl, Jan-Wilm Delicat en Mariska van der Steege

6.1 *Upgraden van professionele kennis*

Vraag een groep ervaren hulpverleners naar de basis onder hun dagelijkse werk, naar de theoretische onderbouwing van de interventie die ze routinematig toepassen, en je zult een scala aan reacties kunnen verwachten. Grofweg zijn er drie soorten te onderscheiden. De eerste categorie professionals zal een helder en bondig antwoord kunnen geven. Zij noemen de interventie bij de naam (bijvoorbeeld ‘Minder boos en opstandig’; vaak op te vatten als een ‘merk’) en kunnen in een paar zinnen aangeven wat de interventie inhoudt, waarom het voor die doelgroep werkt en waarop de bewezen effectiviteit gestoeld is. Deze groep hulpverleners is nog in de minderheid, maar hun aantal neemt de laatste jaren gelukkig toe. Categorie twee is groter. Zij bestaat uit hulpverleners die desgevraagd refereren aan bekende theorieën of aanpakken (bijvoorbeeld ‘de contextuele benadering van Boszormenyi-Nagy’) of meer algemene mensvisies, zoals het gezichtspunt dat alle gedrag de resultante is van een continue verloopend leerproces. Onder hen zullen velen aangeven eclectisch te werken, waarbij een mix van invalshoeken, theorieën en eigen ervaring wordt toegepast in een persoonlijk getinte aanpak. De rijkdom en creativiteit laten onverlet dat aan deze idiosyncratische werkwijzen maar zelden een heldere en toetsbare rationale ten grondslag ligt. Ten slotte de derde en waarschijnlijk eveneens grote categorie van hulpverleners. Zij zullen het antwoord op de vraag naar de theoretische onderbouwing veelal schuldig moeten blijven. Van dit soort interventies is niet duidelijk of zelfs onbekend hoe de methode van werken tot stand is gekomen en waarop zij gebaseerd zijn. Bij uitstek gaat het hier om interventies die we meestal aanduiden als *black box*.

Dat rationales of onderbouwingen lang niet altijd zwart op wit staan is op zich niet nieuw. Al langer is bekend dat op dit gebied nog het nodige te doen valt (Bijl, 1996; Delicat, Pijnenburg & Veerman, 2003; Van Yperen, Boendermaker & Hellema, 2004). Betekent dit dan dat professionals in de jeugdzorg onwetend of onkundig zijn? Dat hoeft niet, want als we dezelfde hulpverleners (uit de hierboven genoemde tweede en derde categorie) zouden vragen uit te leggen waarom zij doen wat ze doen, dan is er een grote kans dat we een geloofwaardig en samenhangend verhaal te horen krijgen over problemen en te bereiken doelen, over ingrepen en nagestreefde resultaten.

Kennelijk zit het ‘verhaal’ – wellicht beter: hun verhaal – alleen in het hoofd (en staat het niet op schrift). Daarom is het van belang dat deze stilzwijgende, impliciete kennis naar ‘boven’ wordt gehaald, wordt geëxpliciteerd, beargumenteerd en transparant gemaakt. Door praktijkkennis bijeen te garen, te verhelderen, te systematiseren en tot een logisch consistent betoog te smeden, wordt het geheel naar een hoger peil getild en gemakkelijker overdraagbaar gemaakt. De titel van dit hoofdstuk is tevens in die zin uit te leggen: door de beschrijving en

de onderbouwing van de interventie wint de kennis aan waarde. Er vindt een *upgrading* plaats – kennis wordt naar ‘boven’ gebracht, naar hogere niveaus van nauwkeurigheid, zekerheid en wetenschappelijke relevantie. Het idiosyncratische verhaal wordt een toetsbare theorie.

6.2 Expliciteren en funderen

Praktijkgestuurd onderzoek heeft tot doel vanuit de dagelijkse praktijk evidentie aan te dragen voor de werkzaamheid van jeugdzorginterventies. *Practice-based evidence* wint aan zeggingskracht naarmate het aannemelijker of zekerder wordt dat de geconstateerde verbeteringen bij de cliënten aan de interventie kunnen worden toegeschreven. Die zekerheid wordt deels verkregen door systematische metingen uit te voeren bij cliënten (meestal niveau 3 van de effectladder, en zo nu en dan niveau 4). Echter, een gedegen bewijsvoering vereist daarnaast, of liever daaraan voorafgaand, een solide theorie, die de interventie in detail beschrijft en onderbouwt (respectievelijk niveau 1 en 2). Een interventietheorie is niet alleen de basis onder de metingen die worden uitgevoerd, zij is ook het kader voor de interpretatie van de meetresultaten. Maar bovenal heeft de interventietheorie een sturende functie. Eerder (zie hoofdstuk 3) hebben we de interventietheorie een ‘wegwijzer’ genoemd, die – idealiter – door haar specificiteit en dwingende logica zekerheid verschaft over de route van interventie naar effect. Dat is zowel voor de uitvoering in de praktijk als voor het wetenschappelijk onderzoek naar die uitvoering relevant.

Daarom is het zo belangrijk dat interventies zijn geëxpliciteerd en gefundeerd. Op dat gebied is er nog veel te doen, omdat de kennis over interventies een hoofdzakelijk stilzwijgend bestaan leidt. Maar dat begint te veranderen en op een aantal plaatsen in Nederland is men bezig die impliciete kennis boven water te halen en aan te scherpen. In dit hoofdstuk bespreken we drie voorbeelden uit de praktijk. Het doel van deze beschrijvingen is te laten zien dat er verschillende manieren zijn om interventies ‘van onderop’ te onderbouwen, dat wil zeggen te voorzien van een fundament van praktijkkennis. Het zijn aanzetten tot een interventietheorie, welke vervolgens verder wordt verstevigd met behulp van wetenschappelijke kennis uit de internationale vakliteratuur. In de beschreven projecten is een zekere opbouw te herkennen. De illustratie begint met een praktijkbeschrijving van binnenuit door de betrokken professionals zelf (Kwadrant, zie paragraaf 6.3). Dit wordt gevolgd door een vergelijkbare aanpak, maar dan met een sterkere betrokkenheid van en leiding door relatieve buitenstaanders (Jeugdzorg Drenthe; paragraaf 6.4). In het laatste project (Spirit; paragraaf 6.5) is de relatie met de 'buitenwereld' nog wat nadrukkelijker te zien, doordat externe deskundigen de praktijk beschrijven en toetsen aan wetenschappelijke literatuur over *what works*. Maar alledrie hebben ze gemeen dat ze beogen bij te dragen aan de (voortdurende) verheldering en onderbouwing van interventies.

6.3 Kwadrant: de professional centraal

Aanleiding en ambitie

Bij aanvang van het project ‘Resultaat Gericht Behandelen’ (RGB; lees meer hierover in box 6.1) bleek dat in Kwadrant nauwelijks geëxpliciteerde interventietheorieën beschikbaar waren. Zelfs aanzetten hiertoe waren eigenlijk niet voorhanden. Bekende interventies als Families First en de LVG-variant van Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling vormden hierop een gunstige uitzondering. Tegelijkertijd werd ook duidelijk dat de gezochte theorieën vaak ‘in de hoofden’ van de professionals zaten. Wat men te doen stond was dus een manier te vinden om deze ‘stilzwijgende’ (impliciete) kennis te reconstrueren, te verhelderen en te preciseren (expliciteren). Een interne werkgroep van Kwadrant heeft zich, met externe ondersteuning van PI Research, toegelegd op het ontwerp van een methodiek hiervoor.

Box 6.1 Project ‘Resultaat Gericht Behandelen’

Kwadrant behoort tot de 's Heeren Loo Zorggroep. De instelling behandelt kinderen en jeugdigen met licht verstandelijke beperkingen en gedragsstoornissen. Doel van de behandeling is om het kind of de jeugdige samen met zijn of haar ouders toe te leiden naar een zo zelfstandig en zinvol mogelijk bestaan in de samenleving. Eén van de speerpunten van het kwaliteitsbeleid van deze instelling bestaat uit de verheldering, toetsing en verbetering van de professionele praktijk. De ontwikkeling van dit beleid, dat gestalte krijgt in het project ‘Resultaat Gericht Behandelen’ (RGB), sluit aan bij de uitgangspunten en ambities van praktijkgestuurd onderzoek, zoals dat in deel I van dit handboek is ontvouwd. Behalve de systematische gegevensverzameling bij en over cliënten heeft dit project tot doel om de diverse interventietheorieën te inventariseren en te beschrijven. Uiteindelijk streeft men er naar om het zorgaanbod steeds meer en beter te onderbouwen met kennis en onderzoeksgegevens.

Uitgangspunten

Bij de totstandkoming van die werkwijze zijn de volgende uitgangspunten aangehouden:

- De professional staat centraal. De werkvloer is enorm belangrijk voor de totstandkoming van de interventietheorie. Discussie over en (intercollegiale) toetsing van de theorie is een belangrijk middel om de theorie aan te scherpen en van ‘professioneel draagvlak’ te voorzien. Hier begint de bouw van *practice-based evidence*.
- De formulering van een interventietheorie is een normaal onderdeel van het professioneel handelen. Het hoeft geen extra taak te zijn als het is ingebed in de manier van werken. Door deel te nemen aan het proces van beschrijving en ontwikkeling wordt het professioneel handelen bevorderd en aangescherpt, wat ten goede komt aan de behandeling van de cliënt. Dit proces voert hulpverleners als het ware mee in het denken over en het reflecteren op de kwaliteit van de zorg. Hiermee worden zij mede-eigenaar

van dit proces en is het niet alleen een zaak van het management of van de onderzoekers.

- Het bouwen en onderhouden van een interventietheorie is ingebed in het reguliere proces van kwaliteitszorg. Los van de (bij wijze van spreken dagelijkse) reflectie op kwaliteit is de ontwikkeling of reconstructie van de interventietheorie een terugkerend onderwerp in bestaande overlegvormen, zoals kwaliteitskringen, intervisiegroepen, beleidsvergaderingen en teambijeenkomsten. De theoretische onderbouwing wordt een natuurlijk onderdeel van het werkproces, kost daardoor minder tijd en sluit efficiënt aan op andere onderdelen en taken op het gebied van kwaliteitszorg.
- Voor de interventietheorie worden diverse bronnen gebruikt. Bruikbare bronnen zijn: (a) allerhande schriftelijke documentatie, zoals brochures, folders en modulebeschrijvingen, (b) deskundigheid en ervaring van professionals (kennis in de hoofden van uitvoerders) en (c) wetenschappelijke literatuur.

Werkwijze

Als hulpmiddel voor de verzameling van de benodigde informatie zijn twee formats samengesteld, BIK 1 en 2 genaamd (BIK staat voor Beschrijving Interventies Kwadrant). Zij ondersteunen de ‘beschrijvers’ en ‘reconstructeurs’ bij de rubricering en opslag van de verzamelde informatie. De formats zijn – met toestemming van het NJi – afgeleid van het Werkblad voor het beschrijven en beoordelen van interventies (zie www.jeugdinterventies.nl; zie ook hoofdstuk 2). Het NJi-werkblad is in tweeën gesplitst en de resulterende formats corresponderen met niveau 1 en 2 van de effectladder (niveaus ‘potentieel’, respectievelijk ‘veelbelovend / in theorie effectief’). Kortweg bevat BIK 1 een aantal vragen over een interventie die vaak betrekkelijk eenvoudig te beantwoorden blijken te zijn. Deze zogeheten ‘W-vragen’ geven inzicht in voor *wie* de interventie bedoeld is, *wat* het doel ervan is, *waar* de interventie plaatsvindt, met *welke* frequentie enzovoort. BIK 2 gaat in op de achtergrond van de interventie, het *hoe* en het *waarom* van de ingreep en waarom het in theorie zou moeten werken. Dit onderdeel blijkt doorgaans als lastiger te worden ervaren.

Met behulp van de BIK-formats wordt vervolgens een aantal stappen doorlopen, die uiteindelijk de ingrediënten moeten opleveren voor een solide interventietheorie. Per interventie is iemand verantwoordelijk voor de invulling en het beheer van de formats. Omdat vooral het gebruik van BIK twee eisen stelt aan het vermogen om theoretisch en abstract te kunnen denken, is het aan te raden iemand met een academische achtergrond hiermee te belasten. In Kwadrant is de volgende procedure ontworpen om de diverse interventies te voorzien van een interventietheorie:

1. Verzameling van zoveel mogelijk schriftelijke documentatie over de interventie, zoals de hierboven al genoemde brochures en folders, maar ook eventueel beschikbare scripties en werkgroepverslagen.
2. Analyse van de informatie en verwerking hiervan in de BIK-formats.
3. Planning van interviews met professionals om aanwezige, maar impliciete kennis te ‘ontlokken’. Dit kunnen uitvoerders zijn, maar ook betrokken gedragsdeskundigen of

managers/leidinggevenden. Interviewen van twee of drie professionals tegelijk kan consensus bevorderen. De interviews worden gehouden door stafmedewerkers van kwadrant (bij voorkeur universitair geschoold). Voor de interviews geldt de volgende procedure:

- vooraf informeren van de professionals over het doel van het interview en de verdere procedure. Aangeven dat zonodig een tweede interview plaatsvindt om onduidelijkheden op te lossen of nadere informatie op te vragen;
 - opsturen van (reeds gedeeltelijk) ingevulde BIK(s), ter voorbereiding op het (eerste) interview;
 - uitvoering van het interview, waarbij de BIK-formats de leidraad zijn;
 - verwerking van de verzamelde informatie in een nieuwe versie van de BIK door de interviewer;
 - eventuele nieuwe afspraak met professionals, ter verificatie en aanvulling van de gegeven informatie;
 - zonodig bijstelling of aanscherping van de BIK door de interviewer.
4. Organisatie van een bijeenkomst voor (in principe) alle professionals die bij de uitvoering van de interventie zijn betrokken. Doel hiervan is kennisuitwisseling, aanscherping van de interventietheorie en consensus daarover verkrijgen.
 5. Als stap 4, maar dan Kwadrant-breed (bijvoorbeeld, iedereen die betrokken is bij ambulante hulpverlening), ter verkrijging van professioneel draagvlak.
 6. Onderbouwing op basis van literatuuronderzoek. Hiermee wordt praktijkkennis gekoppeld aan wetenschappelijke kennis. Deze stap kan eventueel al eerder worden gezet.
 7. Beoordeling van de (gereconstrueerde) interventietheorie. Een panel van deskundigen (een interne toetsingscommissie) toetst de conceptbeschrijving op helderheid en consistentie. Dit panel evalueert de tekst mede in het licht van de missie en visie van Kwadrant. Het panel stelt de tekst vast (verbindt zijn goedkeuring eraan) of geeft concrete aanwijzingen ter verbetering en/of aanvulling.

Eerste ervaringen

Een tussentijdse evaluatie van de werkwijze laat zien dat professionals over het algemeen enthousiast meewerken aan de interviews, maar dat men vooral de vragen van BIK 2 (over de rationale van de interventie) moeilijk vond en in zekere zin zelfs confronterend (omdat men vaak het antwoord niet gelijk kon geven of schuldig moest blijven). Niettemin is de systematische bevraging ook als stimulerend ervaren. Reflectie op de dagelijkse praktijk gebeurt niet vaak genoeg en deze activiteit geeft op zich al een belangrijke kwaliteitsimpuls. Hoewel Kwadrant nog volop in dit proces van beschrijven en expliciteren zit, lijkt de ontwikkelde aanpak, waarbij veel om de kennis van individuele professionals draait, vruchtbaar. De contouren van deze praktijkgestuurde theorievorming zijn althans zichtbaar. Daarbij is in de praktijk ook duidelijk geworden dat het proces van gegevensverzameling, discussie, aanscherping, literatuuronderzoek een lange adem vergt. Een interventietheorie is er niet van vandaag op morgen.

In Kwadrant vindt de bouw van de theorie plaats volgens een groeimodel, waarbij de theorie stapsgewijs wordt uitgebreid en vervolmaakt. Dat betekent ook dat het geen schande is dat de theorie op onderdelen nader dient te worden ingevuld of onderbouwd. Men stelt zich op het standpunt dat het van belang is dat er een begin is gemaakt en dat vanuit deze start successievelijk wordt gewerkt aan een solide theoretisch bouwwerk.

6.4 Jeugdzorg Drenthe: praktijkkennis ontlokken om te werken zoals bedoeld

De ambitie

Jeugdzorg Drenthe heeft de ambitie eind 2008 haar interventies in beginsel op behandelintegriteit te kunnen monitoren. Dat wil zeggen – in het kort – dat het duidelijk is dat de hulp die geboden wordt overeenkomt met de hulp zoals die op papier beschreven is. Om deze ambitie te verwerkelijken is het nodig alle interventies te voorzien van een theoretische onderbouwing (niveau 2 van de effectladder). Eén van de doelen van het project Werken Zoals Bedoeld (zie box 6.2) is het realiseren van goede modulebeschrijvingen. Goed betekent: het hulpverlenend handelen wordt niet alleen beschreven in termen van doelgroep, interventie en uitkomsten en voorzien van een interventietheorie, maar bovendien worden deze beschrijvingen en onderbouwingen door de medewerkers herkend als de basis voor hun handelen.

Box 6.2 Twee relevante projecten: 'Werken Zoals Bedoeld' en 'Resultaatgericht Meten'

De ambitie van Jeugdzorg Drenthe is geformuleerd in het project Werken zoals Bedoeld. Het is gestart in mei 2006 en wordt gesubsidieerd door ZonMw. Werken zoals Bedoeld heeft een vierledige doelstelling:

- het beschrijven en onderbouwen van de interventie op niveau 2 van de effectladder;
- het beschrijven van de werkprocessen in de methodiekhandleidingen met daarin een behandelprotocol en een lijst met in te zetten technieken en verrichtingen;
- het ontwikkelen van een monitor die het mogelijk maakt behandelintegriteit te meten;
- het onderzoeken van de effectiviteit van de hulpverlening waarbij in het kader van het ZonMw-onderzoek de nadruk ligt op gezinnen met kinderen in de leeftijd van vier tot twaalf jaar, al dan niet met een multiproblematische achtergrond.

Het project Werken zoals Bedoeld is gerelateerd aan een ander project van Jeugdzorg Drenthe, te weten Resultaatgericht Meten. Resultaatgericht Meten houdt in dat de hulpverleners doelgericht informatie voor de hulpverlening gebruiken over veranderingen in aard en ernst van problemen. Deze informatie wordt verkregen door middel van voor- en nametingen met vooral de *Child Behavior Checklist* (CBCL, Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996) en de Nijmeegse Ouderlijke Stressindex (NOSI; De Brock, Vermulst, Gerris & Abidin, 1992) (zie ook hoofdstuk 12 van dit boek). Op basis van deze metingen kunnen ook effecten van de hulpverlening worden bepaald. Jeugdzorg Drenthe gaat ervan uit dat Resultaatgericht Meten en Werken zoals Bedoeld samen licht brengen in de *black box* van de hulpverlening.

Beschrijving van modules in samenwerking met de praktijk

Het beschrijfproces wordt uitgevoerd door Jeugdzorg Drenthe in samenwerking met het Nederlands Jeugdinstituut (NJI). Voordat we met het beschrijfproces zijn gestart, is de afspraak gemaakt het format van de Databank Effectieve Jeugdinterventies te gebruiken om de interventies te beschrijven (zie hoofdstuk 2). Vanuit het NJI en vanuit Jeugdzorg Drenthe is één medewerker als projectuitvoerder verantwoordelijk voor het beschrijfproces. Vertrekpunt voor het beschrijfproces was de modulewijzer van Jeugdzorg Drenthe uit 2004. Over het algemeen is er over bijna alle basismodules hier een – vaak summiere – beschrijving te vinden. Met name het NJI heeft de beschrijving van interventies die nog niet in de modulewijzer stonden voor haar rekening genomen. Bij het schrijven van dit hoofdstuk is dit werk nog niet afgerond.

De werkwijze die voor het beschrijfproces is gekozen sluit aan op de eisen van praktijkgestuurd onderzoek. De medewerkers van Jeugdzorg Drenthe zijn nauw bij dit project betrokken. Zij zijn de ‘conceptdragers’: de praktijkkennis die teamleiders, behandelcoördinatoren, gedragswetenschappers en uitvoerend medewerkers hebben, is leidend in de beschrijving en onderbouwing van de interventie.

Het beschrijfproces is een zich herhalende dialoog tussen conceptdragers en onderzoekers: er is overleg, er wordt gewerkt in workshops en per mail wordt feedback gegeven. De taakverdeling is dat de projectuitvoerders voor het vergaren en verwerken van informatie verantwoordelijk zijn en de conceptdragers hen van informatie voorzien. Daarbij is het ook taak van de projectuitvoerders om de conceptdragers uit te dagen hun werkwijze nader te expliciteren. In de hoofden van die uitvoerders zit immers de informatie over het feitelijk verloop van het primaire proces.

Het herhalende (iteratieve) karakter van het beschrijfproces in Jeugdzorg Drenthe expliciteert dus ‘stilzwijgende kennis’ en maakt deze bruikbaar voor theoretische onderbouwing: de projectuitvoerders integreren de praktijkkennis met de wetenschappelijke kennis over effectieve of veelbelovende methodieken tot een beschrijving op niveau 2 van de effectladder.

De zeven stappen van het beschrijfproces

Het beschrijfproces is in zeven stappen uitgevoerd:

1. Gekeken is welke modules in de modulewijze van 2004 zijn beschreven en op welk niveau van de effectladder deze beschrijving te situeren is. Behalve enkele reeds op de databank geplaatste beschrijvingen (IOG en Families First) bevonden zich de meeste beschrijvingen op niveau 1 van de effectladder. Sommige interventies waren nog niet beschreven.
2. In nauw overleg met de conceptdragers werden de bestaande beschrijvingen inhoudelijk beoordeeld. Hierbij waren met name behandelcoördinatoren en gedragswetenschappers betrokken. In deze stap werd duidelijk waar in het vervolg het accent van de beschrijving op moest komen te liggen. Daarbij kon het bijvoorbeeld gaan om het in-

voegen van informatie over werken met vragenlijsten of de wens om de interventie vanuit systeemtheoretisch kader te onderbouwen. Vaak bleek ook dat de visie op de oplossingsgerichte aanpak die Jeugdzorg Drenthe in haar aanbod centraal stelt in de beschrijvingen ontbrak.

3. De beschrijvingen werden aangevuld met ontbrekende praktijkkennis. In twee bijeenkomsten gingen projectuitvoerders en conceptdragers aan de slag. De vraag daarbij aan de conceptdragers was aan de hand van casuïstiek een antwoord te vinden op vragen zoals: wat is het centrale probleem, wat is het doel dat je nastreeft, hoe ziet de aanpak er globaal uit en is er een logische samenhang hiertussen aan te wijzen? De projectuitvoerders waren nu in staat om op basis van praktijkkennis een beschrijving te maken van de interventie in termen van doel, doelgroep, methodiek en probleem- en risicoanalyse. Bovendien hadden zij aanknopingspunten voor de verantwoording van de doelen en de aanpak.
4. De projectuitvoerders vulden de beschrijving op basis van praktijkkennis aan met informatie uit wetenschappelijke literatuur en onderzoek over de theoretische achtergrond en uit effectonderzoek. Daarmee was een conceptbeschrijving gereed.
5. De conceptbeschrijving onderging een uitgebreid revisieproces. De conceptdragers kregen de mogelijkheid kritiek te leveren op de tekst. Voor Jeugdzorg Drenthe was deze fase onlosmakelijk verbonden met de beschrijving van interventies. Alleen indien alle *stakeholders* (van hulpverlener tot clustermanager) zich konden vinden in de beschrijving, er dus consensus bestond, kon er sprake van een goede beschrijving zijn. De aanpak van het revisieproces kon per team verschillend zijn. Sommige teams kozen ervoor tijdens een teambespreking de tekst kritisch onder de loep te nemen; in andere teams vond er afsluitend overleg plaats met de clustermanager en een afvaardiging van medewerkers die door de overige medewerkers waren gemandateerd.
6. De beschrijving werd aangeboden aan de interne stuurgroep voor kwaliteit (bestaande uit de directeur, het afdelingshoofd kwaliteit en onderzoek en de projectleider). Deze neemt ook het besluit op welke wijze de interventiebeschrijving zal worden gepubliceerd: intern via intranet of op de Databank Effectieve Jeugdinterventies.
7. Sluitsteen van het beschrijfsproces is het vastleggen van de stappen van behandeling in een methodiekbeschrijving. Conceptdragers uit sommige teams constateerden dat een ‘papieren’ methodiekbeschrijving voor de interventie nog niet bestond of verouderd was. In hun ‘hoofd’ wisten zij wel precies wat zij deden. De onderzoekers zijn opnieuw samen met conceptdragers rond de tafel gegaan – en op dit moment loopt dit proces nog – om in eerste instantie tot een verrichtingenlijst te komen, waarin per fase en per deskundigheid is opgesplitst wat de betreffende hulpverlener concreet doet. Vervolgens hebben de conceptdragers in groepen (bijvoorbeeld bij Boddaert: pedagogisch medewerkers, gezinswerkers en maatschappelijk werkers) de verrichtingen geoperationaliseerd, dus beschreven welke stappen in een bepaalde verrichting worden genomen. Uiteindelijk leidt per module tot een compleet overzicht van verrichtingen. Hierdoor is het hulpverleningsproces dat in de modulebeschrijving op grote lijn is genoemd, gevuld met concrete handelingen van de hulpverlener.

Eerste ervaringen

Ontlokken loont

Het lukt om conceptdragers enthousiast te maken en te stimuleren hun kennis te delen. Hierdoor ontstaat bij hen het gevoel mede-eigenaar te zijn van de beschrijving en onderbouwing van de interventies en daarmee grip op het eigen aanbod te krijgen. De taak van de projectuitvoerder is de conceptdragers uit te nodigen of uit te dagen te vertellen hoe zij over hun werk denken. Het gaat om het 'ontlokken' van kennis door middel van luisteren, aansluiten en doorvragen. Het is boeiend te ervaren hoe een dialoog ontstaat tussen medewerkers onderling en tussen medewerkers en projectuitvoerders. Het ontstaan van een dialoog resulteert niet zelden in een kritisch tegen het licht houden van het eigen werk. Dat leidt tot verduidelijking en verhoogt de kans op verbetering.

Cyclisch proces

Een tweede constatering moet zijn dat het beschrijven van interventies geen eenmalig proces is, maar veel meer een cyclisch proces. Medewerkers worden door mee te werken aan de beschrijvingen gemotiveerd en uitgedaagd kritisch naar hun werk te kijken en te komen tot onderzoekbare vragen die vervolgens van invloed kunnen zijn op de werkwijze en dus de beschrijving. Cyclisch moet het proces ook zijn vanwege de eis van wetenschappelijkheid. De organisatie moet de beschrijvingen en daarmee het fundament van de hulpverlening regelmatig aan een wetenschappelijke 'APK-keuring' onderwerpen. Centrale vragen dienen dan te zijn: strookt de beschrijving nog met de gangbare praktijk? Is er inmiddels nieuwe wetenschappelijke kennis die van invloed is op de theoretische onderbouwing? Is recentelijk nieuwe wetenschappelijke evidentie gevonden voor de methodiek?

Praktijkbehoeften

Een derde belangrijke ervaring is dat de juiste balans gevonden moet worden tussen aansluiting op de agenda van de praktijk en het bewaken van de voortgang van het beschrijfproces. Het 'creëren van draagvlak' is in Jeugdzorg Drenthe op alle organisatorische niveaus gebeurd (directie, management, teamleiding, uitvoerende medewerkers) waardoor er een gezamenlijk referentiekader is ontstaan. Het besef dat de interventies moeten worden beschreven bestaat bij iedereen, toch is het zo dat de uitvoering van de hulpverlening voorrang heeft op de beschrijving. Met andere woorden: de tijd die het beschrijfproces vergt is afhankelijk van de agenda van de conceptdragers. De tijd die directie en management aan de conceptdragers beschikbaar stellen om aan het beschrijfproces deel te nemen is een belangrijke voorwaarde voor het slagen van het iteratieve beschrijfproces.

6.5 Spirit: aanwijzingen opsporen voor verbeterde en effectieve hulp

De aanleiding

In 2005 lichtten het Nederlands Jeugdinstituut/NJi en Adviesbureau Van Montfoort drie interventies van de zorgaanbieder Spirit door: Beter met Thuis, Regionaal Ambulante Teams (RAT's) en Nieuwe Perspectieven. Deze doorlichting maakte deel uit van een omvangrijker project (zie box 6.3; Van den Braak & Konijn, 2006). Spirit beoogde hiermee het streven naar effectieve interventies te koppelen aan de praktische ontwikkeling van de interventies. Het ging er de organisatie niet alleen om zicht te krijgen op de effectiviteit van de hulp. Naast het gebruik maken van inzichten uit wetenschappelijke (inter)nationale literatuur was het de bedoeling praktijkkennis van uitvoerende hulpverleners naar boven te halen en te expliciteren. Deze beide soorten kennis zijn dan te gebruiken voor het verbeteren van de methodieken en de verdere onderbouwing daarvan.

Box 6.3 Onderzoek naar aanwijzingen voor effectiviteit van de jeugdzorg in de Stadsregio Amsterdam

In de Stadsregio Amsterdam zijn meerdere zorgaanbieders op het terrein van jeugdzorg actief. Vijf organisaties hebben deelgenomen aan een onderzoek naar aanwijzingen voor effectiviteit van de jeugdzorg: Spirit, Altra, MOC Kabouterhuis, De Bascule/TGV en HVO Querido. De ambitie van deze aanbieders is *evidence-based practice* te creëren: een praktijk die zoveel mogelijk gebaseerd is op wetenschappelijk bewijs van de werkzaamheid en doeltreffendheid van de aanpak. De organisaties hebben aangegeven dit niet incidenteel en los van elkaar op te pakken, maar gezamenlijk, systematisch en gestructureerd te werken aan effectiviteit. De doorlichting van de interventies bij Spirit is hierbij als leidend model gebruikt. In het onderzoek zijn de volgende zes onderzoeksvragen beantwoord:

1. Wat is de doelgroep van de interventie en wordt deze beoogde doelgroep in de praktijk bereikt?
2. Wordt de hulp verleend die volgens wetenschappelijk effectonderzoek bij de problematiek van de doelgroep past? En wordt die hulp uitgevoerd zoals bedoeld?
3. Welke resultaten boeken de interventies in termen van doelrealisatie, cliënttevredenheid en uitval?
4. Zijn er verschillen in aanpak en resultaten van de hulp die verschillende organisaties geven aan vergelijkbare probleemgroepen in het ROA-gebied?
5. Welke aanbevelingen vloeien uit de doorlichting voor de verschillende interventies en organisaties?
6. Is er een model voor effectiviteitsbevordering en –monitoring op te stellen voor de betrokken zorgaanbieders?

Er zijn voor de doorlichting elf interventies geselecteerd uit het totale aanbod van de zorgaanbieders gericht op zes doelgroepen. Op basis van de resultaten is iedere interventie op de effectiviteitsladder geplaatst. De onderzoeksmiddelen bestonden uit: literatuuronderzoek, dossieronderzoek, interviews, analyseren registratiegegevens en vergelijkingen.

De doorlichting gaf een stand van zaken wat betreft de effectiviteit van de drie interventies, een model om dit te monitoren en de nodige aanbevelingen om de effectiviteit verder te verhogen. Zo werden binnen de RAT's gestructureerde casuïstiekbesprekingen ingevoerd omdat

de behandelingsintegriteit te wensen overliet. De jeugdigen van Beter met Thuis bleken nogal eens te kampen met problemen in de woedebeheersing en agressieregulatie, terwijl hulpverleners daar geen goed antwoord op bleken te hebben. Hiervoor voerde Spirit een aanvullende interventie in, die dat antwoord wel bood. De doorlichting kreeg brede navolging in de Amsterdamse regio.

Toetsing van de interventie aan (inter)nationale kennis

Een van de eerste stappen in het onderzoek is te bepalen in welke mate (de beschrijving van) de interventie werkzame elementen bevatte. Dit zijn onderdelen van interventies waarvan uit (inter)nationaal onderzoek is gebleken dat ze de kans op effectieve hulp vergroten. Als eerste was daarvoor nodig dat deze werkzame elementen voor de zes onderscheiden doelgroepen in kaart werden gebracht. Daartoe zochten we in nationale en internationale literatuur naar wat werkt voor: ouders met opvoedingsproblemen, kinderen met autismespectrumstoornissen (ASS), kinderen met hechtings- en gedragsproblemen (therapeutische pleegzorg), basisschoolleerlingen met gedrags- en emotionele problemen, schoolwisselaars met problemen en jongeren van zestien tot achttien jaar met meervoudige problematiek. Uit de literatuur haalden we zoveel mogelijk werkzame elementen op basis van experimenteel onderzoek. Deze zetten we per doelgroep op een rij voor de jeugdige, de ouders (soms apart voor biologische ouders en pleegouders) en de leerkracht (zie Konijn, Van der Steege, Elderman, Bruinsma & Van den Braak, 2007). Per interventie maakten we daarna een compacte beschrijving van de aanpak, die we naast het overzicht van de werkzame elementen voor de betreffende doelgroep legden.

Een vergelijking als dit maakt als eerste zichtbaar welke werkzame elementen de verschillende interventies reeds bevatten en dus behouden moet blijven. Zo bleek de hulp aan jonge kinderen met een autismespectrumstoornis al veel van de werkzame elementen te bevatten, onder andere: één-op-één instructie of in een klein groepsverband, stimuleren van sociale interactie tussen de kinderen en steun aan ouders en gezin. Andere interventies waren te versterken met werkzaam gebleken elementen. Het aanbod van begeleid wonen aan jongeren van zestien tot 23 jaar bevatte veel elementen van het (effectief gebleken) intensief casemanagement voor dak- en thuisloze jongeren. Tegelijkertijd ontbrak een gerichte, cognitief gedragsmatige aanpak van de jongere en was de betrokkenheid van de ouders of het gezin minimaal. De werkzame elementen zijn te gebruiken om de interventie effectiever te maken en te voorzien van een theoretische onderbouwing.

Uitvoering beschreven interventie in de praktijk

Een beschrijving van een interventie is vaak niet hetzelfde als de uitvoering van de interventie in de praktijk. Aandacht voor de behandelingsintegriteit (het uitvoeren ervan zoals bedoeld) maakt hulp meer effectief. Om de mate van integriteit van de Amsterdamse interventies te bepalen, voerden we per interventie een groepsinterview uit met een (veelal) ruime afvaardig-

ging van uitvoerend hulpverleners. Tijdens dit interview kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Herkennen de hulpverleners de beoogde doelgroep?
- Welke activiteiten voeren ze uit in de verschillende fasen van de hulp?
- Hoeveel aandacht besteden ze aan algemeen werkzame factoren?
- Past de interventie volgens hen bij de problemen, hulpvragen en motivatie van de cliënten?
- Welke aandacht is er binnen de instelling voor opleiding en werkomstandigheden?

De opbrengsten van deze interviews vergeleken we vervolgens met de beschikbare beschrijving van de interventie.

In de groepsinterviews bleek dat hulpverleners duidelijk kunnen verwoorden met welke reden ze iets doen en welke rationale achter de inzet van een middel of actie zit. Deze rationales zijn vervolgens te toetsen aan de beschikbare kennis uit literatuur en onderzoek. Andersom gaf het groepsinterview zicht op de relevantie en bruikbaarheid van werkzame elementen in de praktijk. Deze wederzijdse toetsing leidde tot aanbevelingen voor de aanpassing ofwel aanscherping van de theoretische onderbouwing van de interventies en het verbinden van theoretische kennis en kennis uit de praktijk.

De vergelijking tussen de beschrijving van een interventie en de uitvoering in praktijk laat soms grote verschillen zien. In grote lijnen is de methodiek echter vaak wel herkenbaar. Hulpverleners bleken in de praktijk niet alle onderdelen te gebruiken, bijvoorbeeld omdat ze de ervaring hebben dat een middel niet werkt. Ook kwamen we ‘nieuwe’ acties, hulpmiddelen of technieken tegen die niet in de beschrijving stonden. Duidelijk werd wel dat hulpverleners zich bij de inzet van een actie vaker laten leiden door de eigen ervaring, hun affiniteit met een bepaalde werkwijze en wensen van de cliënt dan door kennis over wat werkt. Bij de meeste interventies vergt het monitoren van de behandelingsintegriteit nog de nodige aandacht. De hele exercitie leidde voor de hulp aan jongeren van zestien tot achttien jaar met meervoudige problematiek tot de aanbeveling de methodiek te actualiseren. Aangeraden werd om datgene wat de hulpverleners in de loop van de tijd in de praktijk ontwikkeld hebben in de actualisering mee te nemen. Spirit voerde daarnaast periodieke methode-evaluaties in om de uitvoering van de verschillende interventies in de praktijk te monitoren en te verbeteren. Twee keer per jaar bespreken teams gegevens over de bereikte doelgroep, de toegepaste technieken en de geboekte resultaten (zie ook Konijn, Schulze & Schut, 2007).

Wederzijdse toetsing van theorie en praktijk

Er bestaat inmiddels de nodige kennis over wat werkt bij bepaalde problemen en typen interventies (bijvoorbeeld Konijn e.a., 2007, zie ook www.jeugdinterventies.nl). Dit is te gebruiken door aanbieders in de jeugdzorg om het eigen hulpaanbod te versterken en te verrijken. Tegelijkertijd laten de ervaringen in Amsterdam zien dat het bevragen van hulpverleners en het stimuleren van reflectie zicht geeft op de beschikbare praktijkkennis en de hoe werkzame elementen in de praktijk uitpakken. Door het toetsen van deze twee soorten kennis aan elkaar

– de mate waarin de praktijk gebruik maakt van rationales versus de bruikbaarheid en relevantie van werkzame elementen in de praktijk – ontstaan interventies die theoretisch onderbouwd en praktisch relevant zijn, en tegelijk zoveel mogelijk werkzame elementen bevatten. De verwachting is dat deze interventies dan ook effectiever zijn dan wanneer een dergelijke toetsing niet heeft plaatsgevonden.

6.6 Verankeren, verbinden en vernieuwen

In het perspectief van de effectladder zijn de gegeven praktijkvoorbeelden illustraties van een ‘opwaartse’ beweging: het opbrengen of genereren van bestaande, maar veelal impliciete kennis over de werkzaamheid van interventies die deel uitmaken van een zorgaanbod. Maar daar stopt het proces van verhelfen en onderbouwen niet! Zoals voor effectonderzoek in het geheel geldt, gaat het ook voor de onderste sporten van de effectladder op dat de kennisverwerving over ‘wat werkt voor wie’ deel uitmaakt van een cyclische beweging. Geëxpliciteerde praktijkkennis en geformuleerde interventietheorieën kunnen het startpunt zijn van wetenschappelijke theorievorming. En omgekeerd kan reeds bestaande wetenschappelijke kennis worden gebruikt als bron voor de uitbouw van praktijkgefundeerde kennis (*practice-based evidence*). Hoewel de gegeven praktijkvoorbeelden verschillen in aanpak, zijn in het proces van verhelfen en onderbouwen enkele gemeenschappelijke lijnen te onderkennen: verankeren, verbinden en vernieuwen.

- *Verankeren* betekent dat de aandacht voor de interventietheorie wordt ingebed in praktijkgestuurd onderzoek. Onderzoek is immers méér dan alleen gegevens verzamelen over de verleende zorg. De PDSA-cyclus (zie hoofdstuk 4) houdt ook in dat de dataverzameling steevast wordt gestuurd vanuit de interventietheorie en dat er ook telkens een terugkoppeling plaatsvindt van de resultaten naar die theorie. De noodzakelijke *evidence* wordt zodoende gericht gezocht. De consequenties van de waargenomen resultaten (positief of negatief) worden daarop verwerkt in de interventietheorie. Aldus stapelt ‘het bewijs’ zich – idealiter – met elke nieuwe cyclus op. Voor een goede verankering is het nodig dat duidelijk is hoe de interventietheorie wordt gedocumenteerd, wie daarover het beheer voert en verantwoordelijk is voor het onderhoud hieraan.
- *Verbinden* heeft betrekking op de relatie tussen praktijkkennis en wetenschappelijke kennis. De werelden van praktijk en wetenschap moeten elkaar niet alleen ontmoeten, maar elkaar ook bevragen, stimuleren en uitdagen. Door een actieve verbinding tussen *practice-based evidence* en *evidence-based practice* wordt bereikt dat praktijkkennis beschikbaar komt voor wetenschappelijk onderzoek en dat *evidence-based* kennis meer gebruikt wordt in de dagelijkse praktijk. Hierdoor ontstaat meerwaarde; kennis over ‘wat werkt’ wordt verrijkt en verbreed.
- *Vernieuwen* is een belangrijke implicatie van het cyclische proces. De PDSA-cyclus betekent in wezen een continue toetsing van en reflectie op de houdbaarheid van de interventietheorie. Metingen worden teruggekoppeld naar de interventietheorie, met als consequentie (mogelijke) bijstelling en/of vernieuwing van de interventie. Op die ma-

nier wordt als het goed is voortdurend stilgestaan bij de vraag of de interventie nog steeds voldoet aan de eisen die de belanghebbenden aan professionele hulp stellen.

6.7 Bronvermelding

- Bijl, B. (1996). *Innovaties in de jeugdhulpverlening. Over het rendement en de soliditeit van nieuwe programma's*. Academisch proefschrift. Leiden: DSWO Press.
- Braak, J. van den & Konijn, C. (2006). *Werken aan effectiviteit. Doorlichting van drie werksoorten van Spirit: Beter met Thuis, Regionaal Ambulante Teams, Nieuwe Perspectieven*. Amsterdam: Spirit.
- Brock, A.J.L.L. de, Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M. & Abidin, R.R. (1992). *NOSI, Nijmeegse Ouderlijke Stress Index, Handleiding experimentele versie*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Delicat, J.W., Pijnenburg, H.M. & Veerman, J.W. (2003). *Op weg naar zorgprogrammering in Gelderland. Een eerste beoordeling van de kwaliteit van ontwikkelde jeugdzorgmodules*. Nijmegen: Katholieke Universiteit, ACSW / Praktikon.
- Konijn, C., Schulze, E. & Schut, T. (2007). Spirit onderzoekt eigen effectiviteit. Praktijkgerichte analyse van methoden. *Jeugd en Co Kennis*, 1 (1), 37-50.
- Konijn, C., Steege, M. van der, Elderman, E., Bruinsma, W. & Braak, J. van den (2007). *Werkzame werkwijzen. Verkenning van effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht / Woerden: Nederlands Jeugdinstituut / Adviesbureau Van Montfoort.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit / Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Yperen, T.A. van, Boendermaker, L. & Hellema, M. (2004). *Indicatie, modules en bekostiging*. Utrecht: NIZW Jeugd.

Hoofdstuk 7. De verdere ontwikkeling van de hulpverlening: de bouwstenenmethode

Bas Vogelvang en Baukje Vermeiden

7.1 Inleiding

Wie in de jeugdzorg een nieuwe interventie wil ontwikkelen, of een bestaande interventie wil verbeteren, hoeft vandaag de dag niet meer ‘vanaf nul’ te beginnen. Er is veel kennis beschikbaar vanuit wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van interventies voor diverse doelgroepen van de jeugdzorg (zie voor een overzicht bijvoorbeeld Konijn, 2003). Men kan een van de *evidence-based* interventies gewoonweg kiezen, of op basis van de beschikbare kennis een ontwerp maken van een interventie die een verbetering moet opleveren ten aanzien van de ‘oude’ werkwijze. ‘Vanaf nul’ beginnen is er dus niet meer bij. Iedereen kan starten bij stap 1. Het wordt lastiger bij de overstap van 1 naar 2, van de tekentafel naar de praktijk: de implementatie en kwaliteitsbewaking van de nieuwe of vernieuwde interventie. Is de interventie in staat de beroepskrachten in het mijnenveld van onvoorziene gebeurtenissen in de praktijk te ondersteunen en houvast te bieden? Zit er voldoende adequaat gereedschap in de rugzak om op allerlei hulpvragen een effectief antwoord te bieden?

In hoofdstuk 6 zijn methoden beschreven om interventies in de praktijk te expliciteren. Dit hoofdstuk gaat in op de bouwstenenmethode als middel om in de jeugdzorg *evidence-based* interventies verder te ontwikkelen. Het verschil met de in hoofdstuk 6 beschreven werkwijzen is dat er bij de bouwstenenmethode reeds een geëxpliciteerde interventie aanwezig is die minimaal op niveau 2 van de effectladder is te situeren (dus: veelbelovend, in theorie effectief). Deze – zogeheten startversie van de interventie – vormt de inzet van de bouwstenenmethode. Het bijzondere daarbij is dat niet alleen wetenschappelijke kennis wordt doorgegeven aan beroepskrachten (‘zo moet je het doen in het mijnenveld van de praktijk’), maar dat ook kennis over de toepassing van de interventie in de praktijk (‘zo doen wij het – berichten uit het mijnenveld’) systematisch wordt benut en tot aanpassing van de interventie kan leiden. De bouwstenenmethode biedt daarmee een antwoord op vragen als: Welke berichten neem je wel en niet uit de praktijk over als onderdelen van de interventie? Waar leg je hier de grenzen? Wat moeten we doen met alle kennis en ervaring die de beroepskrachten al in huis hebben? Hoe krijg je bij beroepskrachten draagvlak voor een nieuwe interventie of voor veranderingen in de huidige werkwijze? Hoe voorkom je dat delen van een interventie onbruikbaar worden, omdat ze niet bij de praktijk passen? De bouwstenenmethode stimuleert daarmee de wisselwerking tussen het verkrijgen van *practice-based evidence* en het inrichten van *evidence-based practice*.

In paragraaf 7.2 verhelderen we de uitgangspunten van de bouwstenenmethode. Daartoe gaan we kort in op *kennisintensief werken* als motor bij de ontwikkeling, invoering en doorontwikkeling van interventies. In paragraaf 7.3 tot en met 7.5 gaan we nader op die methode in, waarbij we praktijkvoorbeelden geven vanuit *Spoedhulp*, een nieuwe vorm van intensieve

crisisambulante hulp in het gezin (Vogelvang, Melissen & Vermeiden, 2005). We besluiten met de weergave van enkele van onze praktijk- en onderzoekservaringen met de bouwstenmethode.

7.2 Kennisintensief werken

De jeugdzorg als bron van practice-based evidence

Werken met kinderen en ouders in de jeugdzorg kenmerkt zich door relatief veel en complex denk- en maatwerk, waarbij de processen en de eindresultaten moeilijk zijn te standaardiseren. Tegelijkertijd streeft elke instelling naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van de dienstverlening en een zo klein mogelijk verschil in resultaten tussen de uitvoerend werkers onderling. De praktijk is complex, dat blijft zo. In die praktijk moeten de uitvoerend werkers *evidence-based* competenties (*best practices*) toepassen. Zij moeten dit *leren*. Tillema (1998) stelt over het leren in dienstverlenende organisaties:

- Het belangrijkste leren vindt tijdens het werk plaats, niet in een klaslokaal.
- Het meest effectieve leren is sociaal en actief, niet individueel en passief.
- De belangrijkste dingen om te leren zijn niet de specifieke regels, de werkprocedures en het beleid op de werkvloer, maar de onuitgesproken zaken als intuïtie, beoordelingsvermogen, expertise en gezond verstand die voortkomen uit een permanente ervaringscyclus op het werk zelf.

De *evidence-based* competenties kunnen uitvoerend werkers dus vrijwel alleen in de praktijk echt onder de knie krijgen. Zij moeten deze competenties gericht leren toepassen in unieke situaties. Je kunt een ambulante werker wel een gereedschapskist geven, maar hij moet zelf leren bepalen welk gereedschap het beste is op een bepaald moment. Anders gezegd: invoering van een *evidence-based* of veelbelovende interventie ontkomt niet aan een weerwoord vanuit de praktijk. Dat betekent ook dat de ontwikkeling van een interventie nooit is afgelopen op de tekentafel. De implementatiefase bepaalt uiteindelijk hoe de interventie er exact uitziet.

Na het kiezen van een bestaande *evidence-based* interventie of ontwerpen van een veelbelovende interventie, *moet* de zorg voor kwaliteit en uitvoering zich daarom voornamelijk richten op de kwaliteit van kennisontwikkeling en -deling door uitvoerend werkers *zelf*. Het concept van kennisintensief werken past daarbij. Kennisintensief werken begint met de erkenning van het feit dat zowel het opleidings- en implementatieproces van een product, als de reguliere uitvoering daarvan daarna, *altijd* leidt tot aanvullende, impliciete kennis van medewerkers (*tacit knowledge*). Deze impliciete kennis is van onschatbare waarde. Deze kennis kan namelijk worden gebruikt om de opleiding, en implementatie en doorontwikkeling van de interventie te ondersteunen. Dit is een fundamenteel andere visie op leren en implementeren dan het traditionele ‘eerst leren en dan uitvoeren’, wat bij uitvoerend medewerkers de indruk kan

wekken dat het management hun kennis en ervaring van minder belang acht en wil ‘vervangen’ met nieuwe kennis. Bij kennisintensief werken wordt *alle* kennis opgevat waardevolle kennis. De impliciete kennis wordt er uitgelicht en bij gebleken meerwaarde gestandaardiseerd. Impliciete kennis wordt expliciet en daarmee *practice-based evidence*.

De lerende organisatie

Met kennisintensief werken ontstaat er niet alleen een forum voor uitvoerend werkers, het is ook een integraal onderdeel van het *strategisch beleid* van een instelling om een interventie (dienst) zo goed mogelijk op de markt te zetten en in dat kader waar nodig ook aan te passen. Kennisontwikkeling is een bron voor strategisch beleid. Daartoe is een investering vereist in een *cultuur van leren* onder medewerkers en een *bepaalde vrijheid van handelen, zelfsturing*. Medewerkers worden aangemoedigd en ondersteund bij het zelf ontwikkelen, op peil houden en vernieuwen van hun kennis. De organisatie maakt de keuze voor zowel professionele als persoonlijke ontwikkeling van medewerkers op maat en stapt af van het uitsluitend aanbieden van standaardkennis in voorgeprogrammeerde cursussen. Van lineair, stap voor stap invoeren, gaat men over op circulair en systematisch alle kennis benutten. In dat geval spreekt men van een intelligente, lerende of kennisintensieve organisatie.

Uitvoerend werkers krijgen de rol van *expert*. Zij worden erkend in hun positie dat zij als geen ander kunnen signaleren dat aanpassingen zijn vereist en zij worden ondersteund om de vereiste aanpassingen zo veel mogelijk zelf te bedenken en door te voeren. Dat is efficiënt voor de organisatie en vraaggericht voor de klant. De achterliggende organisatie moet daarbij de praktijk volgen en de kennisontwikkeling van de uitvoerend werkers ondersteunen. Zij staan in het veld, het draait om hun keuzes. De praktijk is leidend bij een kennisintensief proces. De ondersteuning van de uitvoerend werkers is echter niet klakkeloos, omdat niet zo maar van *evidence-based* kennis mag worden afgestapt, en omdat de resultaten van keuzes nauwgezet worden gevolgd. Alle kennis is in principe waardevol, maar een deel van de kennis wordt weloverwogen *niet* verder gebruikt.

De omslag die het midden- en hogere management van de instelling moet maken, is een combinatie van durven loslaten en durven bemoeien. Wanneer een organisatie ervoor kiest om de uitvoerend werkers als experts te behandelen, kan worden gezegd dat zij vraaggericht, dienstbaar werken, zoals zij óók van de uitvoerend werkers verwachten.

De implicaties van de keuze voor kennisintensief werken

Kennisintensief werken betekent een investering in een cultuur van leren onder de medewerkers. Uitvoerend werkers worden ondersteund bij het zelf ontwikkelen, op peil houden en vernieuwen van hun kennis, gesteund door een intelligente, lerende of kennisintensieve organisatie. Voor de leidinggevenden en uitvoerend werkers zijn de volgende rollen het uitgangspunt.

- *Uitvoerend werkers.* Zij moeten werken binnen een eerste kader, een startversie van de interventie die al *zo veel mogelijk evidence-based* is. Werken volgens de startversie van de interventie is gedurende een jaar een vereiste. Medewerkers die onderdelen van de startversie niet beheersen, worden getraind. Binnen dit speelveld ontwikkelen medewerkers *practice-based evidence* en testen zij zelfbedachte oplossingen voor uitvoeringsproblemen.
- *Teamleiders en gedragdeskundigen.* Zij bewaken dit eerste kader als speelveld, en zorgen voor het verzamelen van *practice-based evidence* van de uitvoerend werkers. Zij geven uitvoerend werkers ruimte voor het zelf testen van oplossingen maar checken deze ingebrachte oplossingen eerst aan de visie/missie van de interventie en waar nodig ook aan de specifieke middelen en technieken die in de startversie beschreven staan. Zij ontwikkelen tijdens de implementatie samen met werkers procedurele en inhoudelijke eisen voor de interventie en voor een deel ook de planning, facilitering en controle. Zij ontwikkelen dus ook zelf *practice-based evidence* voor zowel de inhoud van de interventie, randvoorwaarden als de strategische positionering van de interventie in de markt.
- *Hoger management.* Zij draagt de visie van kennisintensief werken uit (geeft mandaat) en zorgt dat alle betrokkenen kennisintensief kunnen werken (geeft ruimte). Zorgt voor een verbinding van de interne kennisontwikkeling met de strategische positionering ten opzichte van de financier en ketenpartners.

7.3 De bouwstenenmethode

De bouwstenenmethode is een concrete uitwerking van de uitgangspunten voor kennisintensief werken in de jeugdzorg. De methode, in 2004 ontwikkeld door Adviesbureau Van Montfoort, is inmiddels ingezet als externe ondersteuning voor de (door)ontwikkeling van diverse hulpvormen: ambulante crisishulpverlening (Spoedhulp Spirit Amsterdam), intensieve ambulante hulpverlening, pleegzorg en logeerhuizen (Jeugdformaat Haaglanden), en nazorg voor jeugdigen die een JJI verlaten (Workwise Nederland). De bouwstenenmethode is een samenhangend pakket, dat op alle fronten ondersteuning biedt aan een gezamenlijke ontwikkeling van een hulpverleningsmethode in de richting van een professioneel uitgevoerde, *evidence-based* interventie, die zich heeft genesteld in de praktijk. Voor het gehele traject wordt twaalf tot vijftien maanden uitgetrokken. De methode bestaat uit de volgende onderdelen:

- projectstructuur en draaiboek voor (door)ontwikkeling;
- startversie van de interventie;
- training van teamleiders en gedragsdeskundigen in grondslagen van de startversie van de interventie en in het voeren van casuïstiekbesprekingen;
- training van uitvoerend werkers in de startversie van de interventie;
- casuïstiekronde: periodieke begeleiding van casuïstiekbesprekingen in teams;
- werken met bouwstenen: gezamenlijk doorontwikkelen van de startversie op basis van casuïstiek;

- intervisie door gedragsdeskundigen en teamleiders;
- studiedagen en nieuwsbrieven;
- interne opleiding van gedragswetenschappers tot trainers in de interventie;
- interne opleiding van de medewerkers van de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling (O&O) van de betrokken hulpverleningsinstelling in de toepassing van de bouwstenenmethode;
- neerslag van de doorontwikkeling in een tweede versie van de interventie en een aanvullende training op maat voor medewerkers;
- situatie in teams volgen.

We geven – gezien de beschikbare ruimte – in het vervolg van deze paragraaf een korte beschrijving van enkele van deze middelen. Op het werken met bouwstenen gaan we in de volgende paragraaf wat dieper in.

De startversie

Als een van de eerste activiteiten wordt een startversie van de interventie geschreven. Hierin kunnen bestaande handleidingen van de instelling worden ondergebracht, als deze aanwezig zijn. Deze stukken hebben als mogelijk voordeel dat zij reeds zijn toegeschreven naar de cultuur, structuur en specifieke doelgroepen van de organisatie. Zij zijn, anders gezegd, vaak al doordrenkt van *practice-based evidence*. Er is wel één voorwaarde aan deze handleidingen verbonden: zij moeten, wanneer het gaat om algemene en specifieke interventies die worden gericht op de specifieke doelgroep, minimaal op niveau 2 van de effectladder (veelbelovend / in theorie effectief) te situeren zijn. Dat houdt onder meer in dat er een duidelijke missie, visie en theoretisch kader aan de startversie ten grondslag moeten liggen. Deze fungeren als toetsingskader wanneer de praktijk om aanpassingen of wijzigingen van de startversie van de interventie vraagt. Zij vormen het kader om *practice-based* elementen aan te toetsen. Indien door de instelling een reeds elders toegepaste *evidence-based* interventie wordt ingevoerd, wordt de beschrijving daarvan als uitgangspunt genomen.

Integere toepassing van de startversie bewaken

De startversie is gedurende de periode van (door)ontwikkeling een belangrijk document, omdat deze het speelveld bepaalt waarbinnen wordt geëxperimenteerd met aanpassingen en verbeteringen. Met name van specifieke technieken die in deze versie zijn opgenomen mag slechts onder bijzondere voorwaarden worden afgeweken, en de beslissingen hierover worden nooit alleen door uitvoerend werkers genomen. De startversie is niet voor niets *evidence-based* en vereist daarom modeltrouw van de uitvoerend werkers. Het middenkader wordt daarom aanvullend getraind in het via de casuïstiekbesprekingen volgen en bijsturen van de uitvoering van de interventie. Uitvoerend werkers worden op maat getraind om de startversie uit te voeren zoals beoogd. Deze trainingen kunnen desgewenst later in de periode van dooront-

wikkeling herhaald worden. Dit heeft het voordeel dat talentvolle en/of ervaren gedragsdeskundigen of teamleiders op dat moment als trainer kunnen worden ingezet of opgeleid. Langs deze weg bouwt de instelling een eigen kring van trainers op die bij de doorontwikkeling van nut kan zijn.

Na de introductie van de startversie worden de teams die de startversie van de interventie uitvoeren bovendien periodiek (ongeveer eens per twee of drie maanden) tijdens de casuïstiekbespreking bezocht door begeleiders van Adviesbureau Van Montfoort en de afdeling O&O van de instelling zelf. Tijdens deze *casuïstiekrondes* krijgt het middenkader feedback op de wijze waarop de casuïstiekbespreking wordt gevoerd en, in het verlengde daarvan, hoe de uitvoering van de interventie wordt aangestuurd. Bovendien hebben deze rondes een ondersteunende functie bij het identificeren van nieuwe bouwstenen (zie 3.2). Teamleiders en gedragsdeskundigen helpen ook elkaar bij het bewaken van de modeltrouw tijdens *intervisiebijeenkomsten*, die door Adviesbureau Van Montfoort en de afdeling O&O worden voorbereid op thema's die tijdens de casuïstiekrondes als relevant naar voren komen.

Situatie in de teams volgen

Met eenvoudige nul-, tussen- en eindmetingen worden bij teamleiders in kaart gebracht: het teamfunctioneren (saamhorigheid en gestructureerd werken), de werkervaring van uitvoerend werkers en middenkader, de kwaliteit van de begeleiding/aansturing van het methodisch handelen door de teamleider en gedragsdeskundige en het draagvlak en de inzet voor het werken met de bouwstenenmethode in het team. Deze metingen geven een aanvullende blik op de voortgang van het traject. Ook leveren ze een legitimering voor de eventueel benodigde extra aandacht voor bepaalde teams. Dit is vooral van belang bij trajecten in organisaties waarin teams recentelijk zijn samengesteld, wanneer het draagvlak voor veranderingen laag is of wanneer we kunnen constateren dat teamleiders moeite ervaren met het gericht aansturen van teams in gestructureerd methodisch handelen.

7.4 Werken met bouwstenen

Een bouwsteen is een melding uit de praktijk over een ervaring met de uitvoering van (de startversie van) een interventie. Bouwstenen van uitvoerend werkers, teamleiders en gedragsdeskundigen vormen de basis voor doorontwikkeling. Deze meldingen worden in elk geval systematisch afgevangen vanuit de casuïstiekbesprekingen. Daarnaast is het mogelijk deze ervaringen af te vangen vanuit intervisie of organisatieoverleg. Alle kennis is immers in principe waardevol: niet alleen ervaringen van uitvoerend werkers met de startversie van de interventie tijdens het werken met jeugdigen en ouders, ook ervaringen van de uitvoerend werkers, teamleiders en gedragsdeskundigen met andere aspecten van de uitvoering, zoals overleg en afspraken met ketenpartners en de begeleiding van de uitvoerend werkers zelf. Voor het bundelen van ervaringen krijgen uitvoerend werkers, teamleiders en gedragsdeskundigen een

Portfolio uitgereikt. Deze persoonlijke map bestaat uit vier formulieren voor de doorontwikkeling van de interventie:

- formulier A: instructie casuïstiekbespreking;
- formulier B: eigen bouwstenen;
- formulier C: afspraken van het team over door de teamleden ingebrachte bouwstenen;
- formulier D: afspraken van het ontwikkelingsoverleg over getoetste bouwstenen van alle teams.

De voortgang van de hulp aan elk gezin wordt besproken aan de hand van *Formulier A – Casuïstiekbespreking*, dat fungeert als een agenda voor het overleg. Het formulier bevat aandachtspunten voor de begeleider per fase van de interventie. Gedragsdeskundigen en teamleiders krijgen een training om de bespreking aan de hand van dit formulier te leiden.

Ervaringen, vragen en ideeën van uitvoerend werkers, teamleiders en gedragsdeskundigen die zij bij uitvoering van de startversie van de interventie van belang vinden, krijgen bijzondere aandacht. Dit worden *bouwstenen* genoemd. Bouwstenen worden besproken aan de hand van *Formulier B – Bouwstenen*. De betrokkene vult formulier B voorafgaand aan of tijdens de bespreking in met behulp van steekwoorden en het aanvinken van kopjes.

Het kan hierbij gaan om iets vanuit de hulpverlening, maar ook over personele en organisatorische aspecten van de startversie. Deze ervaringen worden *vanuit* de praktijk door de betrokkene in de casuïstiekbespreking, intervisie of het organisatieoverleg ingebracht, of *tijdens* deze bijeenkomst wordt gezamenlijk geconstateerd dat een bepaalde ervaring behandeld moet worden als een bouwsteen. Tijdens deze bijeenkomsten worden namelijk regelmatig ook bouwstenen ontdekt die de uitvoerend werker in de bespreking impliciet naar voren brengt. Hij realiseert zich dan nog niet dat het hier eigenlijk een bouwsteen betreft. De gedragsdeskundige pakt dan een formulier B, of geeft de werker de opdracht de bouwsteen alsnog bij het volgende overleg in te brengen.

Het team bepaalt zelf of een ervaring een bouwsteen wordt of niet: zij zijn immers de experts. Bij bouwstenen kan het gaan om vier typen meldingen. Zie onderstaande figuur.

Aard van melding is →	Positief	Negatief / Vraag
Thema melding is ↓		
Deel van startversie interventie	<i>Treffer</i> : Een aanwijzing in de interventiebeschrijving heeft goed gewerkt.	<i>Misser</i> : Een aanwijzing in de interventiebeschrijving heeft niet goed gewerkt.
Geen deel van startversie interventie	<i>Vondst</i> : iets wijst op een mogelijk geschikt nieuw onderdeel voor de interventiebeschrijving.	<i>Knelpunt</i> : Een probleem of vraag waar de interventiebeschrijving niets over zegt.

Figuur 7.1 Typen bouwstenen

Treffers en missers gaan altijd over zaken die al in de startversie van de interventie staan vermeld. Vondsten en knelpunten gaan altijd over zaken die niet in de startversie van de interventie staan vermeld. Bij een vondst of knelpunt moet worden voorkomen dat er te snel allerlei nieuwe activiteiten en afspraken worden ingevoegd in de interventie, zoals ‘stokpaardjes’ van uitvoerend werkers of unieke oplossingen die voor een groot deel van de doelgroep niet zouden gelden. Hier heeft het team, onder leiding van de teamleider en gedragsdeskundige, een eerste toetsende rol. Opnieuw: zij zijn hier de experts. Het team gaat zelf na of de vondst of de oplossing voor het knelpunt in de startmethode past en in elk geval niet in tegenspraak is met de missie en visie die in de startversie is geformuleerd. Daartoe zijn op formulier B ook enkele aanwijzingen voor alle teamleden opgenomen. Door deze aanwijzingen te volgen, ontstaat een *dialog* over de bouwsteen die tot *gedeelde kennis* leidt.

De dialoog is het hart van de kennisontwikkeling over de startmethode. Deze dialoog moet aan een aantal eisen voldoen, om tot geldige kennis te leiden:

- De feiten moeten duidelijk zijn en kloppen.
- De verklaringen (en ook de normen die daarbij worden gehanteerd) moeten in deze situatie geldig zijn.
- De belevingen moeten overeenkomen met de feiten en verklaringen, anders lopen ratio en emoties langs elkaar heen.
- De dialoog moet voor iedereen begrijpelijk zijn, anders wordt kennis eenzijdig (door de *insiders*, de slimsten) ontwikkeld.

De kopjes onder elk tekstvak bij het onderdeel dialoog op formulier B geven aanvullende suggesties voor de opbouw de dialoog:

- Eerst moet vastgesteld worden of de bouwsteen die ingebracht wordt *relevant* genoeg is in het kader van methodeontwikkeling. Het gaat er dus niet om of de gebeurtenis zelf relevant is of niet, maar of de methodeontwikkeling er bij gebaat is hierop door te gaan. De bouwsteen is dus niet te persoonlijk getint en biedt voldoende aanknopingspunten om bijvoorbeeld een toetsing te overwegen. Is dat niet het geval, dan houdt de bespreking van de bouwsteen hier op. Voor de individuele werker kan het uiteraard vereist zijn deze verder te ondersteunen.
- Kloppen de feiten? De gebeurtenis dient zo objectief en compleet mogelijk te zijn beschreven.
- Vergelijking van de eigen interpretatie en het eigen voorstel van de werker met de missie/visie en de *evidence-based practices* van de startmethode. Hier wordt het speelveld bewaakt dat in de startversie is vastgelegd. Het team voorkomt in eerste instantie zelf dat de methode gaat ‘glijden’. Zo mogen er geen oplossingen bedacht worden die tegen de visie van de methode of de praktische afspraken met ketenpartners ingaan. Dit wordt in tweede instantie bewaakt door het ontwikkelingsoverleg (zie hieronder). Het team moet de daarom dialoog over dit onderwerp op het formulier vastleggen voor controle door collega's op een later moment.
- Formuleer een heldere conclusie of beschrijf een helder resultaat van de discussie.

Bij vondsten kan na discussie worden afgesproken deze nog eens te toetsen in andere situaties. Bij missers en knelpunten kan na discussie worden besloten een (of meer) gevonden oplossing(en) te toetsen. De resultaten van deze toetsingen worden op nieuwe formulieren B vermeld. We hebben het nu over een tweede type bouwsteen: het resultaat van het toetsen van een afspraak naar aanleiding van een nieuwe bouwsteen. Het gaat bij een toetsing niet meer om een ‘ingeving’ van een uitvoerend werker of gedragsdeskundige, maar om het rapporteren van een gerichte opdracht om iets (nog eens) toe te passen. Het resultaat hiervan kan een trefker of misser zijn: de toetsing was wel of niet succesvol. Deze toetsing vindt dus alleen plaats binnen het team waarin de bouwsteen is ingebracht. De teams in andere regio's of afdelingen blijven hierbuiten; men is daar met de formulering of toetsing van eigen bouwstenen bezig (tenzij de toetsing van bouwstenen duidelijk kan worden gekoppeld).

Ook afspraken die zich rond de organisatie / randvoorwaarden of het personeel afspelen, worden getoetst in *gezinnen* of *met ouders / jeugdigen* zelf, of in de contacten met ketenpartners over die *gezinnen*. Dus ook de concrete feiten vanuit de *hulpverleningstrajecten* zijn de toetssteen voor de bruikbaarheid van vondsten of oplossingen voor *personeel en organisatie*. De praktijk is ook hier de *proof of the pudding*.

Onderstaand voorbeeld van een bouwsteen is ontleend aan de doorontwikkeling van de methode Spoedhulp. Voor een korte karakterisering van deze methode zie box 7.1.

Box 7.1 Korte karakterisering Spoedhulp

Doelgroep: Jeugdigen van 0 tot 18 jaar, ook jeugdigen van 6 tot 23 jaar met een licht verstandelijke handicap, waarbij sprake is van crisis of een spoedeisende situatie.

Doelen: Veiligheid en basisroutines (eten, slapen, naar school / werk gaan) van jeugdige en ouders zijn voldoende hersteld en er is gewerkt aan urgente korte termijn doelen. De problematiek, risicofactoren, krachten / kansen en wensen en verwachtingen van jeugdige en ouders zijn verkend en geordend. Samen met jeugdige en ouders is vastgesteld wat er aan de hand is en wat er nog nodig is. Waar vervolghulp gewenst / nodig blijkt heeft overdracht naar vervolghulp plaats gevonden.

Indicaties: Het aangemelde gezin bestaat uit minimaal één verzorgende ouder / opvoeder en één kind, de veiligheid en ontwikkeling van de jeugdige is bedreigd, de ouders bieden onvoldoende wat de jeugdige nodig heeft voor noodzakelijke veiligheid en ontwikkeling en/of (waar sprake is van ernstige problematiek van de jeugdige) tenminste één ouder is bereid aan de hulp mee te werken en binnen 24 uur een spoedhulpwerker te ontmoeten.

Contra-indicaties: Ambulante Spoedhulp kent geen contra-indicaties behalve de binnen de voor bureau jeugdzorg en betreffende zorgaanbieders geldende contra-indicaties.

Frequentie en duur: De duur is maximaal vier weken. De start vindt zo mogelijk binnen 24 uur plaats. Er is een bereikbaarheidsregeling voor het gezin gedurende 24 uur per dag zeven dagen per week.

Methodiek: De hulp is flexibel inzetbaar, vindt plaats in de eigen leefomgeving van het gezin, is doelgericht en gestructureerd. De spoedhulpwerker werkt intensief samen met andere hulpverleners rond het gezin en investeert in het tot stand brengen van een goede werkrelatie met het gezin. Het vergroten van het probleemoplossend vermogen en *empowerment* van ouders en kinderen staat voorop. Hierbij wordt het sociale netwerk rond het gezin gemobiliseerd. De hulp wordt uitgevoerd door deskundige en goed opgeleide medewerkers die intensief worden begeleid door een gedragswetenschapper of teamleider.

Bron: Eijgenraam, Van Vugt & Berger (2007)

METHODIEKONTWIKKELING SPOEDHULP
Formulier B: BOUWSTEEN

Datum bespreking: 28/10/ 04
 Gezin: S, dochter K.

Ingebracht door: S.
 Invullen door O&O:

Team (regio): n/w
 nummer: 3 Nieuw-West

1 BOUWSTEEN Het gaat altijd om een nieuwe bouwsteen <i>of</i> resultaat van een afgesproken toetsing:		
→ Nieuwe bouwsteen: <input type="checkbox"/> Treffer <input type="checkbox"/> Misser <input checked="" type="checkbox"/> Vondst <input type="checkbox"/> Knelpunt	→ Resultaat van een afgesproken toetsing <input type="checkbox"/> Treffer-toetsing: Toetsing was een succes. <input type="checkbox"/> Misser-toetsing: Toetsing was geen succes.	
2 BESCHRIJVING Situatie / Gezin / Aanleiding: K., 15 jarig meisje is uit huis weggegaan en verblijft bij de ouders van een vriendin. Bij het invullen van het bolletjesschema ontdek ik dat ze veel vriendinnen heeft die regelmatig contact met haar hebben en bij de ouders van de vriendin langskomen. Jouw acties: Ik heb K. voorgelegd dat ik met alle vriendinnen een gezamenlijk gesprek wil en ik heb uitgelegd waarom ik dat gesprek wil organiseren. Zij ging akkoord. Resultaat / Afloop / Gevolg / Stand van zaken: Heel positief. Haar vriendinnen stonden haar niet alleen bij, maar vertelden ook hun ervaringen hoe zij met hun ouders omgaan wanneer er conflicten zijn. In het gesprek heeft K. besloten weer bij haar ouders te gaan wonen met intensief ambulante begeleiding. Zij zag zelf wat haar eigen aandeel was in de problematiek. Haar vriendinnen beloofden haar bij terugkeer naar huis te ondersteunen en voor haar klaar te staan.		
3 EIGEN INTERPRETATIE Waarom jij het een treffer, misser, vondst of knelpunt vindt Ik vind het een vondst. K. ervaaarde dat zij niet enige was die conflicten met haar ouders had. De ouders vonden goed dat ik een dergelijk initiatief had genomen. Na dit gesprek hadden de ouders ook een positief beeld over de vriendinnen van K. Ze hebben met de ouders van haar vriendin een afspraak gemaakt.		
4 EIGEN VOORSTEL Welk voorstel heb je om deze vondst nog eens te toetsen? Of: Welke oplossing(en) voor deze misser of het knelpunt stel je voor? Of: Wat is je voorstel voor de methodiek na deze toetsing ?		
Voorstel: In overeenkomstige situaties naast een familieberaad ook een 'vriendenberaad' overwegen. Het gaat uit van de probleemoplossende kracht van de vrienden. Wat heb je daar voor nodig? Ruimte, en samenwerking van de betrokkenen		
5 DIALOOG / DISCUSSIE: kennisontwikkeling over Spoedhulp Is bouwsteen relevant voor de methodiekontwikkeling, voldoende algemeen, niet te persoonlijk? <input checked="" type="checkbox"/> Ja (ga verder met bouwsteen) <input type="checkbox"/> Nee (stop hier met bouwsteen en help Spoedhulpwerker verder) Kloppen de feiten? Ja Vergelijking van interpretatie en voorstel met de missie/visie en methode Spoedhulp: Gebruik gemaakt van de krachten binnen het netwerk, in dit geval de vrienden van K. Er is gezocht naar oplossingen om K. thuis te kunnen laten blijven. Ze kreeg daarbij emotionele steun van haar vrienden die haar aan de ene kant steunden (herkenning van conflicten met ouders) en aan de andere kant confronteerden met wat ze daar zelf aan kon doen en ze gaven adviezen. Conclusie/resultaat van de discussie: Vondst is waardevol.		
6 HOE VERDER: AFSPRAAK		
<input checked="" type="checkbox"/> Vondst nog eens toetsen	<input type="checkbox"/> Oplossing voor misser/knelpunt toetsen	<input type="checkbox"/> Inbrengen in ontwikkelings-overleg
Wat/waar/wanneer: Bij conflicten tussen ouders en pubers vriendenberaad organiseren als dat mogelijk is. Wie: eventuele taakverdeling: Hulpverleners in overleg met vrienden cliënt. Zijn er uitzonderingen op de afspraak? Nee Afspraak voor gehele team ? x ja <input type="checkbox"/> nee, voor: → Neem de afspraak over op Formulier C: Afsprakenblad team Spoedhulp		

Figuur 7.2 Voorbeeld van een bouwsteen bij Spoedhulp

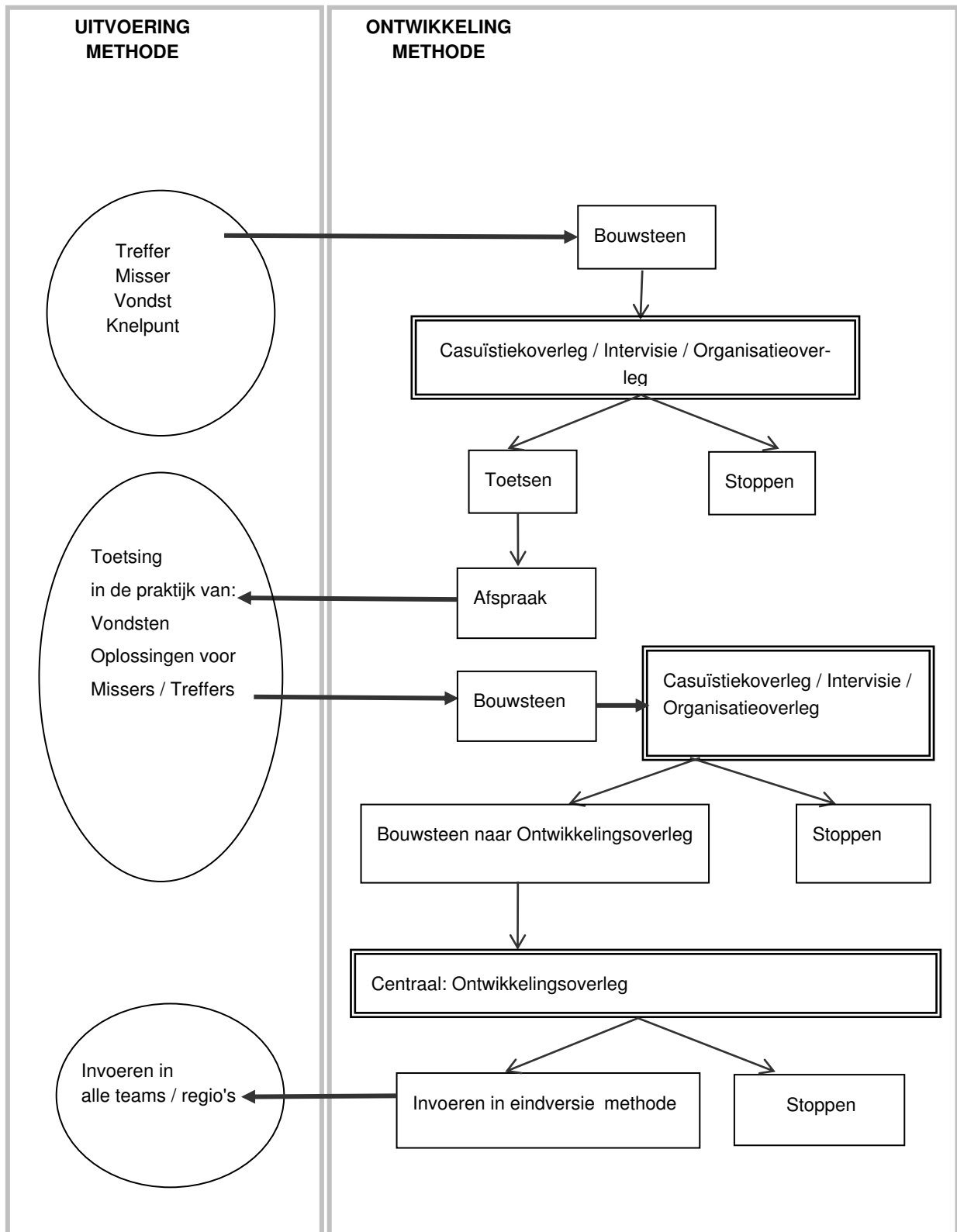
Alle in het team gemaakte afspraken worden bijgehouden op een *Formulier C- Afspraak Team*, waarop alle afspraken staan vermeld die op dat moment gelden voor het team. Elk teamlid krijgt een kopie. Toetsingen lopen door tot er voldoende ervaring is opgebouwd om te kunnen besluiten of de resultaten in het *ontwikkelingsoverleg* worden ingebracht (zie onder). In de praktijk betekent dit, dat er drie tot vijf maal een toetsing plaatsvindt in een casus.

Bij een nieuwe bouwsteen gaat het doorgaans om een ‘ingeving’, een subjectief oordeel van een praktijkfunctionaris dat iets werkt of niet werkt, zo veel mogelijk onderbouwd door feiten. Bij het toetsen van een vondst of oplossing voor een knelpunt is echter meer nodig dan een subjectieve inschatting. Een melding is nog geen *practice-based evidence*. Er moet daarom de tijd worden genomen om te zien of/hoe een vondst of oplossing werkt, en ook het oordeel van het gezin en eventueel de casemanager moet worden gevraagd om na te gaan of hier echt van een meerwaarde voor de methode sprake is. Het moment waarop het eindverslag wordt gemaakt, is daar geschikt voor. Bij toetsing gaat het daarom alleen om bouwstenen over hulpverleningstrajecten die zijn afgerond. In elk geval moet er een eindverslag zijn van de hulp. Om de toetsing af te ronden wordt voorafgaand aan het eindverslag bij het bespreken van de doelrealisatie met het gezin aanvullend navraag gedaan naar het effect van toetsingen waar het gezin bij betrokken was.

Bouwstenen die binnen een team met succes getoetst zijn (herhaalde treffers, geen misers) worden doorgegeven aan het maandelijkse *ontwikkelingsoverleg*, met de vraag deze in de methode op te nemen, of, als het om een knelpunt ging, deze eruit te verwijderen. Het ontwikkelingsoverleg is een maandelijks overleg van alle teamleiders, gedragsdeskundigen, de betrokken medewerkers van de afdeling O&O en medewerkers van Adviesbureau Van Montfoort. Voorafgaand aan elk ontwikkelingsoverleg worden de getoetste en voorgestelde bouwstenen geordend door de afdeling O&O en Adviesbureau Van Montfoort. De afdeling O&O ordent vooraf ook de eindverslagen van de afgesloten casussen. Naast toetsing van vondsten en oplossingen voor knelpunten zijn er bouwstenen waarin melding werd gemaakt van een succesvolle toepassing van iets dat al in de startmethode beschreven staat: treffers. Verdere toetsing van een treffer is niet nodig. Treffers worden direct aan het ontwikkelingsoverleg doorgegeven. Het is belangrijk dat dit gebeurt, omdat daarmee gezamenlijk wordt geconstateerd dat *best practices* het verwachte effect sorteren.

De deelnemers aan het ontwikkelingsoverleg besluiten wat er met de verschillende ingebrachte voorstellen wordt gedaan. Zij bekijken nogmaals of de ingebrachte voorstellen niet op gespannen voet staan met de missie/visie en afspraken in de startversie, en of/hoe zij in andere teams of regio's te implementeren zijn. Indien een voorstel wordt geaccepteerd (ook in een wellicht gewijzigde vorm), verspreidt het ontwikkelingsoverleg de gedetailleerde afspraak hierover naar *alle* teams op *Formulier D - Afspraken ontwikkelingsoverleg Spoedhulp*. Deze afspraken zijn bindend voor elk team, niet alleen voor het team dat het voorstel inbracht. Op deze wijze bewaakt het ontwikkelingsoverleg de toepassing en integriteit van de nieuwe methode. Doorontwikkeling vindt gezamenlijk plaats, steeds gevoed door concrete feiten vanuit de casuïstiekbesprekingen, intervisie of organisatieoverleg.

Op de volgende pagina is de route waarlangs alle betrokkenen de startmethode doorontwikkelen in een stroomschema vervat.



Figuur 7.3 De route van een bouwsteen

7.5 Prestatie-indicatoren als motor voor nieuwe bouwstenen

Het werken volgens de bouwstenenmethode hoeft geen eenmalige aangelegenheid te zijn. Het is goed mogelijk een startversie van een methode niet éénmaal, maar meerdere keren door te ontwikkelen. Een mogelijke vervolgstap in de doorontwikkeling is het formuleren en meten van prestatie-indicatoren. De ontwikkeling bij Spoedhulp is op deze manier voortgezet. De tweede versie van de methode werd in Spirit geborgd met behulp van een eerste formulering en meting van prestatie-indicatoren. Daartoe werden eerst – door uitvoerend werkers, het middenkader en medewerkers van de afdeling O&O en Adviesbureau Van Montfoort – succesbepalende factoren van Spoedhulp geformuleerd. Deze werden verbonden aan een norm, een zelf geformuleerde afspraak voor het realiseren van de succesbepalende factoren. Voorbeelden hiervan zijn:

- De doelgroep (gezinnen in crisissituaties en met urgente hulpvragen) wordt bereikt. Norm: bij negentig procent van de gezinnen moet dit het geval zijn.
- Het gezin ervaart weer regie over het eigen leven. Norm: bij zestig procent van de gezinnen moet dit het geval zijn.
- Uithuisplaatsing van aangemelde kinderen is voorkomen. Norm: bij 85 procent van de gezinnen moet dit het geval zijn.
- De hulp sluit af binnen de afgesproken termijn. Norm: bij negentig procent van de gezinnen moet dit het geval zijn.

Een eerste meting van deze en andere factoren vond plaats met dossieranalyse. Van honderd dossiers van regulier beëindigde spoedhulp werd vastgesteld in hoeverre de hulpverlening had voldaan aan de gestelde normen.

Op basis van een dialoog over de resultaten zijn in het derde kwartaal verbetertrajecten ingezet in de teams. Ook hier zijn het in eerste instantie de spoedhulpwerkers zelf die verbetervoorstellen formuleren en uitvoeren om de hulpverlening op een aantal punten meer te laten voldoen aan de norm. Hiermee vindt een herhaling plaats van de bouwstenenmethode: de aanleidingen voor het bedenken van vondsten en oplossingen worden nu echter niet meer (uitsluitend) vanuit de praktijk door individuele werkers aangeleverd, maar door teams ontworpen op basis van cijfermateriaal over de prestatie-indicatoren. Elke regio kreeg het verzoek de eigen gegevens te analyseren en het ‘verhaal’ achter de cijfers te beschrijven, de sterke kanten en verbeterpunten in de regio in kaart te brengen en een verbeterplan te schrijven. Bij dit laatste, het plan, zochten regio’s hulp bij elkaar. Hierbij constateerden we een versnelling van het proces: het veranderen versnelt het leren.

Begin 2006 vond een tweede meting plaats. Uit de cijfers bleek dat er resultaat was geboekt op een aantal belangrijke prestatie-indicatoren, waar de verbeterprogramma’s in de regio’s ook op waren ingezet. De methode Spoedhulp bleek bij de tweede meting duidelijk omlijnd in doelgroep, programmadoel en duur van de hulp. Op basis daarvan is vastgesteld dat er voldoende kwaliteit is in de uitvoering om in de loop van 2006 meer geavanceerd wetenschappelijk onderzoek te doen naar de effecten van Spoedhulp.

7.6 Conclusies

Wat levert het werken met de bouwstenenmethode nu in de praktijk op? Tijdens de doorontwikkeling van de methode Spoedhulp in 2004 werden in totaal 37 bouwstenen in het ontwikkelingsoverleg besproken.

- 31 Bouwstenen werden ingebracht door spoedhulpwerkers, vier door het middenkader.
- Het betrof 21 vondsten, negen treffers, zeven knelpunten, en nul missers.
- Negen bouwstenen bleken specifiek voor spoedhulp, 26 bouwstenen kunnen ook bij andere hulpverleningsvormen worden toegepast.
- Negen keer werd besloten dat de bouwsteen altijd moet worden ingezet, 26 keer werd besloten dat dit voor de spoedhulpwerker een optie was (hierbij werden voorwaarden geformuleerd).
- De aard van de bouwstenen:
 - Acht bouwstenen betroffen de samenwerking met een externe ketenpartner, zes daarvan waren een knelpunt;
 - Acht bouwstenen betroffen de voorwaarden voor Spoedhulp;
 - Vijftien bouwstenen betroffen een techniek of middel;
 - Zes bouwstenen betroffen de kern van de interventie (een centraal, essentieel ingrediënt van de interventie) en vier daarvan waren een treffer.

De bouwstenen werden op één uitzondering na opgenomen in de tweede versie van de methode Spoedhulp.

De ervaringen van medewerkers met (de doorontwikkeling van) Spoedhulp werden door een stagiaire van de Afdeling O&O onderzocht en vergeleken met de ervaringen in andere hulpvormen van Spirit (Al, 2005). De belangrijkste conclusies uit dit onderzoek luiden:

- De duidelijkheid voor uitvoerend werkers is meer dan bij andere hulpvormen toegenomen.
- Het onderscheid middenkader – hulpverleners is in de beleving weggefallen: men is samen bezig met doorontwikkeling.
- De betrokkenheid van uitvoerend werkers bij de ontwikkeling van Spoedhulp is relatief hoog in vergelijking met andere hulpvormen.
- Men is niet altijd positief over de formulieren (kosten tijd, zijn niet meteen voor iedereen helder).

Onze ervaringen bij Spoedhulp toonden aan dat de teams die de bouwstenen aanleverden, goed in staat waren zelf een selectie te maken van waardevol materiaal en deze selectie ook zelfstandig konden toetsen. Dit maakt duidelijk dat systematische kennisontwikkeling door praktijksturing goed mogelijk is.

7.7 Bronvermelding

- Al, Ch. (2005). *De fusie en de ontwikkeling van Spoedhulp van verschillende kanten bekeken*. Eindstuk Stage VU.
- Eijgenraam, K., Vugt, M. van & Berger, M. (2007). *Ambulante Spoedhulp Jeugdzorg in vogelvlucht. Highlights uit de methodebeschrijving*. Arnhem: Vereniging Ambulante Spoedhulp Jeugdzorg.
- Konijn, C. (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Tillema, H. (1998). Kenniswerkers leren in teams. *Opleiding & Ontwikkeling*, 9, 25.
- Vogelvang, B.O. (1993). *Video-hometraining 'Plus' en het Projekt aan Huis; verheldering van twee methodieken voor intensieve pedagogische thuisbehandeling*. Academisch proefschrift Vrije Universiteit. Amsterdam: auteur.
- Vogelvang, B.O., Melissen, M. & Vermeiden, B. (2005). *Methode Spoedhulp Spirit. Versie maart 2005*. Woerden / Amsterdam: Adviesbureau Van Montfoort / Spirit.

Hoofdstuk 8. *Follow-up*-onderzoek bij de Hoenderloo Groep

Coleta van Dam en Gert Kroes

8.1 Inleiding

Wat is de Hoenderloo Groep?

De Hoenderloo Groep is een instelling voor residentiële behandeling aan jongeren met ernstige opvoedings- en gedragsproblemen. De Hoenderloo Groep kent vijf divisies met verschillende zorgprogramma's voor ongeveer 250 normaal begaafde jongens en meisjes van tien tot achttien jaar. In de divisie Gezinsgroepen worden jongeren opgevoed en behandeld in kleine gezinsgroepen, begeleid door een echtpaar. In de divisies 't Gaaiebosch (tien- tot vijftien-jarigen) en Eikenhof (vanaf veertien jaar) worden jongeren behandeld in leefgroepen met een methodiek die gebaseerd is op gedragsgerichte training en ervaringsleren. In de Glen Mills School krijgen jongeren vanaf vijftien jaar een specifieke groepsdynamische training. De divisie 't Wezeveld, ten slotte, biedt een specialistische behandeling aan jongeren met ADHD of contactstoornissen.

Behoeftte aan follow-up-onderzoek

Naar aanleiding van effectonderzoek dat al langer bij de Glen Mills School werd uitgevoerd – en dat overigens buiten het bestek van dit hoofdstuk valt –, ontstond ook bij de andere divisies de behoefte de effecten van de geboden hulp in kaart te brengen. Bij het onderzoek in de Glen Mills School speelde verantwoording tegenover de buitenwacht een belangrijke rol. Bij de overige divisies was van begin af aan duidelijk dat men behoefte had aan een andere opzet, om een grotere betrokkenheid van medewerkers en cliënten bij de opzet, uitvoering en verwerking van de resultaten te garanderen.

Het onderzoek is gestart vanuit de behoefte van directie, management en beleidsmedewerkers van de Hoenderloo Groep om het resultaat van de behandeling via een *follow-up* in beeld te brengen en op grond daarvan de kwaliteit van de hulpverlening te verbeteren. Het is opgezet volgens het stramien van kwaliteitsstoetsing: het ontwikkelen van prestatie-indicatoren, gebaseerd op de doelen van de instelling, het stellen van kwaliteitsnormen en het toetsen van die normen aan de hand van de uitkomsten van het onderzoek. In die zin is het *follow-up*-onderzoek een typisch voorbeeld van een effectonderzoek dat zich richt op het beleidsniveau van de instelling (vgl. hoofdstuk 4 van dit handboek). Tegelijkertijd echter was een belangrijk uitgangspunt bij het opzetten van het *follow-up*-onderzoek dat het zo goed mogelijk verankerd diende te worden in het primaire proces. Het onderzoek zou voldoende

draagvlak moeten krijgen, het zou moeten leven binnen de instelling en de uitkomsten zouden vertaald moeten worden naar de werkvloer. Dat alles om te bevorderen dat de uitkomsten ook daadwerkelijk tot verbeteracties zouden leiden binnen het primaire proces. Dit hoofdstuk beschrijft op welke wijze men bij de Hoenderloo Groep aan de slag is gegaan om deze doelstellingen te realiseren, en in hoeverre dat gelukt is.

Focus van dit hoofdstuk

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de manier waarop het *follow-up*-onderzoek bij de Hoenderloo Groep in de loop van de afgelopen jaren van de grond is gekomen. We beschrijven eerst het proces zoals dat de afgelopen jaren binnen de Hoenderloo Groep doorlopen is om het onderzoek tot stand te brengen. We staan stil bij de keuzes die daarbij gemaakt zijn en de manier waarop de onderzoeksopzet uiteindelijk gerealiseerd is. Vervolgens worden de uitkomsten van de eerste twee onderzoeksjaren kort besproken. Tot slot beschrijven we wat er met de uitkomsten binnen de organisatie is gedaan: in hoeverre is het gelukt de *Plan-Do-Study-Act (PDSA)*-cyclus rond te maken?

8.2 De eerste keuzes

De motieven: Waarom onderzoek?

De eerste vraag die beantwoord moest worden is de vraag naar het waarom van onderzoek. Onderzoek doen kost immers veel inspanning en geld, en je moet dus goed weten waarom je daar aan begint. Voor de Hoenderloo Groep gelden alle drie de redenen voor effectiviteitonderzoek die Veerman (2004) beschreven heeft onder de noemers *professionaliseren*, *profilieren*, en *profiteren*. *Professionalisering* van medewerkers houdt in dat inzicht in effectiviteit van de geboden hulp mogelijkheden biedt om deze te verbeteren, of heel andere hulpvormen te ontwikkelen. Onderzoek dat is ingebed in de dagelijkse praktijk biedt bovendien de mogelijkheid om lerend (van de resultaten) te vernieuwen en te verbeteren. Op deze manier maakt onderzoek deel uit van de dagelijkse routine van de professionele medewerker. De Hoenderloo Groep wil dat haar medewerkers hun natuurlijke professionele nieuwsgierigheid benutten om zo kwalitatief hoogstaande hulp te bieden aan cliënten. De tweede reden om onderzoek te doen valt onder de noemer *profilieren*. Met de gegevens uit het onderzoek legt de Hoenderloo Groep verantwoording af aan cliënten, medewerkers en buitenstaanders over de geboden hulp en de effecten daarvan. De Hoenderloo Groep wil graag een transparant werkende organisatie zijn. De derde en laatste reden voor het doen van onderzoek is het *profiteren* van de kennis van anderen. Onderzoek noopt tot het zoeken naar relevante literatuur of onderzoek door anderen. Deze kennis en ervaring van anderen draagt bij aan de kwaliteit van het onderzoek in de Hoenderloo Groep. Het lerend vermogen wordt maximaal geprikkeld en aangewend om zo

niet alleen de hulp, maar ook het onderzoek te verbeteren. Daarnaast draagt het eigen onderzoek bij aan het verwerven van kennis, waarvan anderen weer kunnen profiteren.

De focus: Wat wordt onderzocht?

Het formuleren van de motieven voor onderzoek is de helft van het verhaal. Weten waarom vertelt nog niet wat je gaat onderzoeken en waarom nu juist dat het onderwerp van onderzoek wordt. De tweede vraag is dan ook: ‘Wat gaan we onderzoeken?’ Voor het antwoord op deze vraag is de missie – of zo men wil: het globale doel – van de Hoenderloo Groep leidend. De missie luidt: ‘De Hoenderloo Groep creëert nieuwe kansen voor jeugdigen met ernstige (gedrags)problemen door hen een leef- en leerklimaat te bieden waarin zij worden begeleid, opgevoed en behandeld opdat zij kunnen functioneren in de samenleving.’ De medewerkers bij de verschillende divisies blijken nieuwsgierig te zijn naar het functioneren van de jongeren na vertrek: Hoe vergaat het ze? Hoe is het contact met hun ouders? Kunnen ze zich goed handhaven of komen ze opnieuw in de problemen? In de dagelijkse praktijk hoort men zo nu en dan wel iets terug van jongeren, maar over het algemeen weet men weinig.

De missie van de Hoenderloo Groep en de natuurlijke professionele nieuwsgierigheid van medewerkers vormden samen de basis voor de keuze om een *follow-up*-onderzoek te starten met twee hoofdvragen:

1. Zijn de jongeren van de Hoenderloo Groep bij vertrek, na een half jaar en na anderhalf jaar in staat om te functioneren in de samenleving?
2. Hoe waarderen jongeren en hun ouders of verzorgers de hulp die zij hebben gehad van de Hoenderloo Groep: heeft het geholpen?

De uitvoering: Wie gaat onderzoek doen?

Een derde vraag die zich aandienende is hoe en door wie dit onderzoek opgezet en uitgevoerd wordt. In overleg met Praktikon, een organisatie voor onderzoek en ontwikkeling in de jeugdzorg, verbonden aan de Radboud Universiteit Nijmegen, is daarvoor een werkwijze ontwikkeld. Het basale principe van de werkwijze is een zo groot mogelijke participatie van medewerkers bij het hele proces van het onderzoek: doel, opzet, uitvoering, verwerking en betekenis van de resultaten. De participatie van medewerkers in het onderzoeksproces brengt een geheel eigen dynamiek met zich mee. Deze dynamiek kenmerkt zich door:

- Nieuwe ideeën en onverwachte wendingen die zich al werkend aandienen en die soms leiden tot grote aanpassingen van de al ontwikkelde plannen en instrumenten.
- Een voortdurend balanceren tussen de tijd nemen voor het uitwisselen van opvattingen en overtuigingen en de tijdsdruk om het onderzoek toch binnen afzienbare tijd te starten.
- Het steeds op meerdere fronten tegelijk opereren: met de directie en het Management Team, met een werkgroep, met de overige medewerkers in de organisatie, met de universiteit en met anderen die tevoren niet bekend waren.

Dat dit proces tot een goed einde is gebracht, heeft te maken met de voortdurende focus op het duidelijk geformuleerde doel: een *follow-up*-onderzoek bij vertrokken jongeren en hun ouders / verzorgers.

8.3 De voorbereidingen

Er wordt een jaar uitgetrokken voor de voorbereiding van het onderzoek. In januari 2002 starten we met een bijeenkomst voor alle leidinggevenden en stafleden die betrokken zijn bij het primaire hulpverleningsproces. Aan deze groep is de achtergrond van het hoe en waarom van het onderzoek gepresenteerd. Daarna is aan deze medewerkers gevraagd om na te denken over welke onderwerpen zij iets willen weten, wat ze daarover willen weten en welke onderwerpen iets zeggen over het functioneren in de samenleving.

Ook aan de jongerenraad is de vraag voorgelegd waaraan zij dachten als het gaat over *functioneren in de samenleving*. Zij benadrukken het belang van het contact met het gezin, het hebben van een sociaal netwerk, een stabiele woonsituatie en het hebben van school en/of werk. Geld, middelengebruik en politiecontacten blijken voor de jongeren minder relevant. Zij blijken bovendien wel het een en ander kwijt te willen over het verblijf en de behandeling in de Hoenderloo Groep.

Na deze twee bijeenkomsten wordt een werkgroep geformeerd bestaande uit teamleiders, behandelcoördinatoren, maatschappelijk werkers en een medewerker van Praktikon. De werkgroep krijgt twee opdrachten:

1. Zet de informatie uit de bijeenkomsten met de medewerkers en de jongeren om in meetbare prestatie-indicatoren die een uitwerking zijn van de missie van de Hoenderloo Groep.
2. Ontwikkel een vragenlijst met de daarbij behorende procedures en werkprocessen.

De eerste opdracht: Meetbare prestatie-indicatoren

Om te komen tot meetbare prestatie-indicatoren, wordt de informatie van de medewerkers en jongeren geordend in tien thema's die in het interview aan de orde dienen te komen. Deze thema's vallen onder de missie van de instelling. De thema's worden in een tweede bijeenkomst met staf en leidinggevenden omgezet in prestatie-indicatoren: voor ieder thema wordt een criterium en een norm bepaald.

Een criterium geeft aan wanneer een jongere goed of slecht scoort op een indicator. De norm geeft aan hoeveel procent van de jongeren goed dient te scoren op de betreffende indicator om te kunnen spreken van een goed resultaat voor de groep als geheel. De normen zijn de streefcijfers die bij elke prestatie-indicator horen. Deze normen zijn belangrijk omdat zij de organisatie in staat stellen zichzelf langs een soort meetlat te leggen. Met name de normering leidt tot vaak felle discussies: kiezen we voor een norm die we wensen of voor de norm die

we denken te halen? De werkgroep heeft de discussie in kleiner verband afgerond en gekozen voor normen waarvan men verwacht deze te halen. Het resultaat is de in tabel 8.1 gepresenteerde lijst met prestatie-indicatoren, criteria en definitieve normen.

Tabel 8.1 Prestatie-indicatoren, criteria en normen

Prestatie-indicatoren	Criterium	Norm
Contact met gezin	Voldoende	65%
Sociaal netwerk	Voldoende	90%
School of werk	Eén van beide	85%
Vaste verblijfplaats	Ja	100%
Geen politiecontacten	Geen	60%
Financiën	Schuld < € 250	80%
Vrije tijd	Voldoende	80%
Beperkt middelengebruik	Beperkt gebruik	85%
Welzijn	Voldoende	80%
Gedragsproblemen	Geen	50%

De tweede opdracht: ontwikkelen vragenlijst en werkprocedures

Op basis van de informatie uit de bijeenkomsten en bestaande interviews van andere instellingen (met name Rentray), schrijft de werkgroep een standaardinterview. Met name de verhouding tussen de gewenste informatie en hoeveelheid vragen, dwingt de werkgroep tot keuzes. Uiteindelijk is een interview samengesteld dat uit vier delen bestaat:

- deel 1: demografische gegevens van de jongere;
- deel 2: vragen over de tevredenheid over het verblijf en behandeling waarin thema's uit het kwaliteitsinformatiesysteem voor de jeugdzorg zijn opgenomen (informatie, begeleiding, resultaat, deskundigheid; zie ook Projectbureau KWIS, 1999);
- deel 3: de Nederlandse vertaling van de *Strengths en Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997; Goedhart, Treffers & Van Widenfelt, 2003). De SDQ is een gedragsvragenlijst voor jongeren en ouders over emotionele problemen, gedragsproblemen, problemen met leeftijdgenoten en hyperactiviteit;
- deel 4: vragen over de situatie van de jongere (bij vertrek, na een half jaar of na anderhalf jaar) met betrekking tot het gezin, de woonsituatie, school en/of werk, sociaal netwerk, vrije tijd, omgaan met geld, middelengebruik, politiecontacten en welzijn.

Werkprocedures

Om te kunnen sturen op de resultaten van dit onderzoek is het belangrijk dat zoveel mogelijk oud-cliënten mee doen. Pas dan zijn de resultaten ook daadwerkelijk representatief voor de groep onderzochten. Bij de keuzes voor bepaalde werkprocedures is steeds ingezet op een zo hoog mogelijke respons.

- Jongeren en ouders of verzorgers worden bevraagd met een standaardinterview in hun eigen omgeving. Een standaardinterview dat mondeling wordt afgenomen levert meer respons op dan schriftelijke vragenlijsten die als onpersoonlijk worden ervaren. Door jongeren en ouders of verzorgers in hun eigen omgeving op te zoeken, komen we tegemoet aan de behoefte van cliënten. Deze keuzes zullen naar verwachting bijdragen aan een hoge respons.
- Jongeren en ouders / verzorgers worden bevraagd door medewerkers van de Hoenderloo Groep. De verwachting is dat men eerder iemand van de Hoenderloo Groep in zijn omgeving wil ontvangen dan een 'vreemde'. Om de objectiviteit te bewaren, worden cliënten niet bezocht door medewerkers die direct met hen gewerkt hebben. Zo ontstaat er geen situatie dat medewerkers hun eigen behandeling beoordelen en voelen cliënten zich vrij om te zeggen wat ze willen. Dat eigen medewerkers de interviews afnemen bij jongeren en ouders / verzorgers thuis, zal niet alleen een hogere respons geven maar ook een grotere betrokkenheid van medewerkers bij het onderzoek.

Om de vrijwillige actie van medewerkers in hun eigen tijd te belonen wordt een kleine vergoeding gegeven. De laatste opdracht van de werkgroep bestaat uit de opzet van een interne wervingsactie voor interviewers en de ontwikkeling van een training voor medewerkers om als interviewer aan de slag te gaan. Tachtig medewerkers uit alle geledingen van de organisatie worden uiteindelijk getraind en gaan als interviewer aan de slag.

Nadat de trainingen zijn gegeven zit de taak van de werkgroep erop. De werkgroep heeft zichzelf opgeheven en is verder gegaan als klankbordgroep. In het eerste onderzoeksjaar heeft de klankbordgroep steeds feedback gegeven op het traject dat gevolgd werd en belangrijke beslissingen ten aanzien van het onderzoek zijn met de klankbordgroep overlegd.

Randvoorwaarden

Gegevensverwerking

Praktikon ontwikkelde in de loop van 2002 een database, BergOp (zie Kroes, 2005), waarin de resultaten uit de interviews worden verwerkt en opgeslagen. De database is gebruiksvriendelijk en maakt het mogelijk dat de medewerkers zelf de gegevens uit het interview invoeren in de computer. Daarmee maken zij zelf het hele proces van het uitvoeren van het onderzoek af. Bovendien geeft deze werkwijze de mogelijkheid om zaken die men niet in de database kwijt kan, maar die wel van belang zijn, te melden aan de procesbewaker.

Procesbewaker

Voor alle logistieke en organisatorische aspecten rondom het onderzoek wordt een procesbewaker aangesteld. De procesbewaker is de spin in het web van de gegevensverzameling. Zij houdt in de gaten welke jongeren voor een interview in aanmerking komen, benadert een beschikbare interviewer, voorziet de interviewer van alle benodigde gegevens, bewaakt het maken van een afspraak met de jongere en zijn ouders, zorgt dat het interview tijdig plaatsvindt en dat de gegevens correct in de database worden ingevoerd, en fungeert als aanspreekpunt voor alle mogelijke vragen tijdens dit hele proces.

Daarnaast houdt de procesbewaker gegevens bij over het verloop van het onderzoek. Het gaat dan om beschikbaarheid van de interviewers, gegevens over het interview zelf (onduidelijkheid over de vragen, verloop van het interview) en redenen waarom jongeren en/of ouders wel of niet aan het onderzoek mee willen doen.

8.4 Uitvoeringsfase

Start van het onderzoek

In januari 2003 beginnen we met het bezoeken en interviewen van jongeren en hun ouders. We gaan jongeren op drie tijdstippen bezoeken, net nadat ze uit de Hoenderloo Groep zijn vertrokken (eerste ronde), een half jaar daarna (tweede ronde) en anderhalf jaar na vertrek (derde ronde). Omdat we zoveel mogelijk jongeren willen interviewen, besluiten we om ook jongeren die al een half jaar weg zijn alsnog op te zoeken voor een interview. Zij doen dan niet meer mee aan de eerste ronde, maar wel aan de tweede en derde ronde. Na een groots opgezette wervingscampagne gaan we van start met tachtig getrainde interviewers. Degenen die in de loop van 2003 een interview afnemen, komen zonder uitzondering enthousiast en onder de indruk terug. Sommigen zijn onder zeer bijzondere omstandigheden ontvangen. Van warme saucijzenbroodjes bij de lunch tot en met een interview bij kaarslicht (omdat de elektriciteit was afgesloten). Interviewers vinden het een leuke, indrukwekkende en leerzame ervaring. Leuk om mensen ook eens in de thuissituatie te zien. Leerzaam omdat ze nu eens horen hoe gezinnen de tijd in de Hoenderloo Groep hebben ervaren. Indrukwekkend omdat ze zien hoe het met jongeren gaat na hun vertrek uit de instelling. Met sommige jongeren gaat het heel goed, maar sommigen zijn ook eenzaam of erg verbitterd over de Hoenderloo Groep.

Evaluatie van procedures na een jaar follow-up-onderzoek

Na een jaar maken we de balans op. We hebben veel informatie over onze prestatie-indicatoren, maar we hebben ook veel ervaring opgedaan met allerlei andere aspecten van het onderzoek. Pas op het moment dat het onderzoek echt van start gaat, en interviewers daadwerkelijk bij de jongeren op bezoek gaan, weten we of het ook echt allemaal zo werkt als bedoeld. De evaluatie leidt ertoe dat de werkprocedures en het interview aangepast worden.

Aanpassingen in werkprocedures

In de loop van het eerste onderzoeksjaar zijn er, zoals te verwachten was, een aantal interviewers afgevallen. Belangrijkste reden daarvoor is dat het interview toch meer tijd in beslag neemt dan verwacht. Begin 2004 is er een groep van zestig enthousiaste interviewers overgebleven. Ouders en jongeren worden drie keer bezocht door dezelfde interviewer. Omdat de gezinnen in de thuissituatie worden opgezocht en vaak door het hele land wonen, is het onderzoek nogal arbeidsintensief. Om de belasting minder groot te maken zijn na een jaar een aantal werkprocedures aangepast.

- Er is een zogeheten *caseload* ingevoerd. De interviewers kunnen aangeven hoeveel gezinnen zij in hun *caseload* willen.
- Aan de interviewers is gevraagd of zij een bepaalde *voorkeursregio* hebben. Sommige interviewers komen bijvoorbeeld regelmatig in Zeeland of Groningen omdat zij daar familie of vrienden hebben wonen. Voor hen is een interview in die regio minder belastend omdat zij dat kunnen combineren met een bezoek. Bij het toewijzen van gezinnen houdt de procesbewaker daar zoveel mogelijk rekening mee.
- Het interview mag nu ook *in werktijd* worden gedaan; interviewers krijgen dan alleen de reiskosten vergoed. Interviewers krijgen een vergoeding van 65 euro (+ reiskosten) per interviewronde als ze het interview in hun vrije tijd hebben gedaan.
- Het is mogelijk om de tweede ronde interviews (een half jaar na vertrek) *telefonisch* af te nemen. Zowel de eerste als de laatste (derde) ronde van het interview blijven plaatsvinden door middel van een bezoek aan het gezin. Daar is voor gekozen omdat het interview een belangrijke nevenfunctie blijkt te hebben. Gezinnen vinden het prettig om nog eens na te kunnen praten over de tijd in de Hoenderloo Groep. Een bezoek aan het gezin geeft daar meer tijd en ruimte voor dan een telefonisch gesprek. Ook bij het derde en laatste interview is het belangrijk dat dit door middel van een bezoek plaatsvindt. De interviewer neemt dan namelijk afscheid van het gezin.

De ervaringen in 2004 en 2005 leren dat vooral de pedagogisch medewerkers gebruik maken van de mogelijkheden om het interview telefonisch en in werktijd af te nemen. In hun drukke roosters bieden vooral deze maatregelen uitkomst.

Aanpassingen in het interview

Omdat op het moment van daadwerkelijke afname pas blijkt of een interview werkt, hebben we interviewers steeds gevraagd een ‘meldingsformulier’ in te vullen. Interviewers konden daarin opmerkingen over het interview zelf kwijt. Bijvoorbeeld tekstuele fouten, verkeerde nummering van vragen, maar ook onduidelijkheden in de vraagstelling. Veel opmerkingen zijn tussentijds opgelost door de formulering van de vragen iets aan te passen en tekstuele fouten eruit te halen. Begin 2004 hebben we naar aanleiding van alle opmerkingen het interview op een aantal punten grondig herzien. Daarbij hebben we er wel voor gezorgd dat de

essentie van de vragen bewaard is gebleven zodat de verschillende interviewjaren wel met elkaar vergeleken kunnen worden. Nadat we een jaar (2004) met deze nieuwe werkprocedures en dit nieuwe interview hebben gewerkt, leidt de evaluatie in 2005 niet tot nog meer wijzigingen in de procedures of het interview.

8.5 Resultaten van de onderzoeksjaren 2003-2004

Responspercentages

Er is van januari 2003 tot januari 2005 aan 175 gezinnen (jongeren en/of hun ouders) gevraagd of ze mee wilden doen aan het onderzoek. In totaal hebben 111 gezinnen meegedaan, een responspercentage van 63 procent. In 2003 zijn er 103 gezinnen benaderd; 61 van hen deden mee aan het onderzoek, een responspercentage van 59 procent. In 2004 zijn zeventig gezinnen benaderd; vijftig van hen deden mee, een responspercentage van 71 procent. De respons over 2004 ligt hoger dan het responscijfer van 2003 en het responscijfer voor de hele onderzoeksgroep. Dat is als volgt te verklaren. Toen we in januari 2003 met de interviews begonnen, hebben we ook jongeren en ouders benaderd die al wat langer geleden vertrokken waren uit de Hoenderloo Groep. Vooral van die laatste groep is de respons relatief laag: 49 procent. Als we alleen kijken naar de gezinnen die bij vertrek benaderd zijn, dan is het responscijfer van 2003 hoger: 67 procent. Dit laatste cijfer komt overeen met het responscijfer uit 2004.

Respons bij herhaalde meting

Omdat het *follow-up*-onderzoek over langere tijd loopt (maximaal twee jaar per gezin), is het niet mogelijk om na de eerste twee onderzoeksjaren definitieve responscijfers van herhaalde metingen te geven. Een indicatie voor het responscijfer van de eerste naar de tweede meting is als volgt. Er zijn 79 gezinnen die bij vertrek meegedaan hebben aan het onderzoek. Daarvan zijn 43 gezinnen een half jaar daarna voor een tweede keer geïnterviewd, 27 gezinnen staan nog in de planning en negen gezinnen zijn afgevallen. Dat betekent dat de respons voor de tweede meting minimaal 54 procent en maximaal 89 procent is.

Non-respons

Wat zijn nu redenen voor ouders en jongeren om niet aan het onderzoek mee te doen? Voor de totale groep van de 64 niet-deelnemende gezinnen zijn de redenen in categorieën samengevat. Ouders hadden soms andere redenen dan jongeren. In tabel 8.2 op de volgende pagina zijn de verschillende categorieën voor ouders en jongeren op een rij gezet.

Tabel 8.2 Redenen om niet mee te doen in percentages (64 gezinnen)

Reden	Jongeren	Ouders
Niet bereikt	49%	38%
Toestemming ingetrokken	24%	21%
Niet tevreden	13%	11%
Niet meer aan denken, wil verder met het leven	8%	3%
Onbekend	6%	21%
Geen ouderfiguren beschikbaar		6%

De belangrijkste reden voor zowel ouders en jongeren om niet mee te doen aan het onderzoek is omdat het niet gelukt is om contact met hen te leggen. Het adres is onbekend, er kwam geen reactie op herhaaldelijke berichten op het antwoordapparaat of er was steeds geen gehoor na pogingen op verschillende tijdstippen. Daarnaast is er ook een redelijk grote categorie die aanvankelijk zegt dat ze mee willen doen aan het onderzoek, maar die uiteindelijk hun toestemming intrekken of waarbij het niet lukt om een afspraak te maken. Voor een aantal jongeren geldt dat er geen ouderfiguren in beeld zijn die geïnterviewd kunnen worden.

Verschillen tussen deelnemers en niet-deelnemers

De vraag is natuurlijk of er belangrijke verschillen zijn tussen gezinnen die wel en niet aan het onderzoek hebben meegedaan. Voor een aantal factoren is dat na te gaan. Zo is van alle jongeren bekend waar zij na hun behandeling in de Hoenderloo Groep naar toe zijn gegaan: zelfstandig wonen (dertien procent); ouders of pleeg-/adoptieouders (53 procent); residentiële instelling (zestien procent); kamertraining (vijftien procent); zwervend (twee procent). Het blijkt dat van de gezinnen die niet aan het onderzoek meedoen, de jongeren vaker naar een andere residentiële instelling zijn gegaan dan van de gezinnen die wel meedoen. Er is ook gekeken naar verschil in leeftijd en de laatste leef- of gezinsgroep waar de jongere in de Hoenderloo Groep gewoond heeft. Bij allebei deze factoren is er geen verschil tussen deelnemende en niet-deelnemende gezinnen.

Resultaten op de prestatie-indicatoren

Bij de nu volgende weergave van de resultaten op de prestatie-indicatoren zijn de uitkomsten van de jaren 2003 en 2004 samengevoegd.

Resultaten van ouders en jongeren bij vertrek

In tabel 8.3 op de volgende pagina staan de uitkomsten van de interviews bij ouders en jongeren bij vertrek van de jongere uit de Hoenderloo Groep. De prestatienormen die eerder bij de beschrijving van het onderzoeksproces zijn aangeduid (zie paragraaf 8.3) worden hier ook weergegeven, zodat inzichtelijk wordt of de normen gehaald zijn.

Tabel 8.3 Uitkomsten Interviews Vertrek 2003-2004 (70 jongeren, 70 ouders)

Prestatie-indicatoren	Alle	Jongere		Ouder(s)	
	Norm	Score	Criterium gehaald	Score	Criterium gehaald
1. Contact met gezin	65%	7,4	91%	6,9	86%
2. Sociaal netwerk	90%	6,0	50%	4,4	27%
3. School of werk	85%	9,9	99%	9,0	90%
4. Vaste verblijfplaats	100%	9,7	97%	9,1	91%
5. Geen politiecontact	60%	5,3	53%	5,4	54%
6. Financiën	80%	8,4	84%	8,3	83%
7. Vrije tijd	80%	8,6	96%	7,6	83%
8. Middelengebruik	85%	7,3	73%	8,6	86%
9. Welbevinden	80%	7,7	91%	6,6	72%
10. Gedragsproblemen	50%	8,9	89%	3,7	36%
Totaal	70%		60%		50%

De scores zijn berekend op basis van de interviewvragen die op een indicator betrekking hebben. Zo is de score voor Sociaal netwerk berekend op basis van vragen over de frequentie van contacten met vrienden, niet-inwonende familieleden, andere belangrijke volwassenen, en deelname aan clubs of activiteiten in verenigingsverband. De score op School of werk is samengesteld uit de antwoorden op de vragen over het volgen van onderwijs dan wel het hebben van werk. Alle samengestelde scores zijn vervolgens omgerekend naar een tienpuntsschaal. Zo levert een bevestigend antwoord op de vraag of een jongere onderwijs volgt, dan wel werk heeft, een individuele score van 10 op. Volgt de jongere geen onderwijs en heeft hij ook geen werk, dan is zijn score 0. Als criterium voor een voldoende individuele score geldt bij deze indicator een score van 10 als voldoende, en een 0 als onvoldoende.

Bij de andere indicatoren zijn de scores uiteraard gebaseerd op andere vragen dan in het genoemde voorbeeld – met andere meetschalen en categorieën –, maar het stramien bij het berekenen van de scores is steeds hetzelfde als in het voorbeeld (zie voor een uitgebreide beschrijving van de berekening van scores en criteria Janssen, Kroes & Van Dam, 2004). In alle gevallen betekent een hogere score een beter resultaat met een 10 als hoogste en een 6 als bovengemiddelde score. In de kolommen onder *Jongere* en *Ouders* staan de percentages van de jongeren die een voldoende (individuele) score behaalden op de betreffende indicator. In de kolom *Norm* staan voor elke indicator het percentage dat vooraf door de Hoenderloo Groep was aangegeven als het minimaal te behalen percentage voldoende scores om van een succesvolle uitkomst te kunnen spreken. Deze normen gelden zowel voor de resultaten volgens de jongeren als volgens de ouders. Zoals uit de tabel blijkt, scoren de jongeren en de ouders ge-

middeld voldoende (7,4 respectievelijk 6,9) op de indicator Contact met het gezin. Wij stelden als norm dat 65 procent van de jongeren een voldoende moest scoren op deze indicator. 91 procent van de jongeren geeft aan dat ze voldoende contact hebben met het gezin; bij ouders geeft 86 procent hun kind een voldoende op deze indicator. Voor zowel ouders als jongere is de door ons gestelde norm van 65 procent voldoende scores behaald. De onderste rij toont dat jongeren gemiddeld op zes van de tien indicatoren een voldoende scoren. Ouders scoren op vijf van de tien indicatoren een voldoende. Wij hebben als norm gesteld dat zeven van de tien indicatoren een voldoende score moesten behalen. Die norm is dus noch volgens de ouders, noch volgens de jongeren behaald. Verder valt in deze tabel op dat de jongeren opvallend laag scoren op Sociaal netwerk. Volgens de jongeren zelf scoort vijftig procent een voldoende, volgens ouders scoort 27 procent een voldoende. Dat is ver onder de door ons gestelde norm van negentig procent voldoende scores. Uit de tabel blijkt ook dat de uitkomsten van ouders en jongeren redelijk dicht bij elkaar liggen, behalve de scores voor Gedrag. Volgens de jongeren zelf is er bij hen nauwelijks nog sprake van gedragsproblematiek nadat ze de Hoenderloo Groep hebben verlaten. Ouders denken daar anders over, zij zien nog veel gedragsproblemen bij hun kinderen.

Resultaten van ouders en jongeren een half jaar na vertrek

In tabel 8.4 zijn de resultaten weergegeven van de interviews een half jaar na vertrek. Daarbij moet opgemerkt worden dat deze groep niet precies dezelfde is als de groep die bij vertrek werd geïnterviewd. Er is een aantal gezinnen dat pas een half jaar na vertrek voor het eerst meedoet aan het onderzoek (zie ook eerder in de tekst).

Tabel 8.4 Resultaten Interviews Half jaar na vertrek 2003-2004 (55 jongeren, 63 ouders)

Prestatie-indicatoren	Alle	Jongere		Ouder(s)	
	Norm	Score	Criterium gehaald	Score	Criterium gehaald
1. Contact met gezin	65%	7,2	81%	6,7	85%
2. Sociaal netwerk	90%	5,6	46%	4,4	27%
3. School of werk	85%	8,4	84%	7,1	71%
4. Vaste verblijfplaats	100%	10	100%	9,7	97%
5. Geen politiecontact	60%	6,6	66%	5,7	57%
6. Financiën	80%	7,6	76%	7,5	75%
7. Vrije tijd	80%	8,7	96%	7,4	84%
8. Middelengebruik	85%	7,5	75%	8,6	86%
9. Welbevinden	80%	7,3	82%	6,0	70%
10. Gedragsproblemen	50%	9,8	98%	3,7	37%
Totaal	70%		60%		30%

Een half jaar na vertrek blijken volgens de jongeren zes van de tien prestatie-indicatoren gehaald te zijn; volgens de ouders geldt dat slechts voor drie van de tien indicatoren. Uit de tabel blijkt verder dat de scores van de jongeren een half jaar na vertrek sterk overeen komen met de scores bij vertrek, zoals weergegeven in tabel 8.3.

Tevredenheid over het verblijf in de Hoenderloo Groep bij vertrek en een half jaar daarna

Tot slot zijn er in het interview ook een groot aantal vragen opgenomen over de tevredenheid van jongeren en ouders over het verblijf in de Hoenderloo Groep. Deze vragen gaan over de tevredenheid over de informatie die over de behandeling is verstrekt, de bejegening in de leef- of gezinsgroep, de behandeling en het effect daarvan, het gevoel van veiligheid tijdens het verblijf, en ten slotte over het verblijf als geheel, uitgedrukt in een rapportcijfer. Tezamen leveren de vragen op deze onderdelen een totaalscore op voor de Tevredenheid.

In tabel 8.5 zijn de uitkomsten weergegeven bij vertrek en een half jaar na vertrek uit de Hoenderloo Groep. De percentages geven aan hoeveel jongeren dan wel ouders voldoende tevreden waren over het betreffende aspect van de behandeling. Daarbij is opvallend dat de tevredenheid over het behandelings-effect na een half jaar zowel volgens ouders als jongeren teruggelopen is vergeleken met de tevredenheid bij vertrek.

Tabel 8.5 Percentages tevredenheid, scores jongeren en ouders 2003-2004

Deelgebieden Tevredenheid	Jongeren		Ouder(s)	
	Vertrek N=70	Na half jaar N=55	Vertrek N=70	Na half jaar N=63
Informatie	73%	69%	84%	86%
Bejegening/groep	74%	67%	81%	80%
Behandeleffect	67%	57%	57%	44%
Veiligheid	89%	84%	79%	78%
Rapportcijfer	83%	90%	88%	81%
Totaal tevredenheid	71%	72%	76%	74%

8.6 Wat doen we met de resultaten van het onderzoek?

In 2004 zijn de uitkomsten van het eerste onderzoeksjaar binnen de organisatie gepresenteerd. Daarbij hebben we steeds twee vragen gesteld: Wat betekenen deze resultaten nu? En welke acties kunnen we ondernemen om volgend jaar betere resultaten te krijgen?

2004: Raadpleeggronden

We hebben met verschillende divisies en geledingen gesproken tijdens zogeheten raadpleeggronden. Tijdens die raadpleeggronden presenteerden we de resultaten van één jaar *follow-up*-onderzoek en brainstormden met de aanwezigen over betekenissen en verbeteracties. We hebben gesprekken gevoerd met de gezinsgroepouders, de teamleiders, de behandelcoördinatoren, het servicebureau, de afdeling Vrije tijd, de afdeling Therapie en Training, het Hoenderloo College, de jongerenraad en de interviewers.

Omdat dit de eerste keer was dat we de onderzoeksresultaten binnen de organisatie presenteerden, hebben we bij de raadpleeggronden verschillende werkwijzen uitprobeerd. We probeerden daarbij zoveel mogelijk aan te sluiten bij de wensen van de verschillende groepen. Met een aantal groepen (teamleiders, afdeling Vrije tijd, afdeling Therapie en Training, de jongerenraad, interviewers) hebben we slechts één bijeenkomst gehad; bij andere twee bijeenkomsten, maar dan met een kleinere groep. Tijdens de tweede bijeenkomst was er ruimte om wat dieper in te gaan op specifiekere resultaten. De verschillende werkwijzen evaluerend, constateren we dat raadpleeggronden bij grote groepen medewerkers het meest effectief zijn wanneer er met een kleiner groepje doorgepraat kan worden.

Alle raadpleeggronden bij elkaar hebben ons veel verklaringen voor de gevonden resultaten en ideeën voor mogelijke oplossingen en verbeteracties opgeleverd. In het onderzoeksrapport dat we over het eerste onderzoeksjaar schreven (Janssen, Kroes & Van Dam, 2004) gaven we onder meer de volgende aanbevelingen:

- Laat de organisatie weten wat de directie en het Management Team met het rapport gaan doen: welke afspraken worden gemaakt over de verbeteracties en de termijnen waarop ze worden ingezet.
- Stel prioriteiten: het is niet mogelijk om alle verbeteracties tegelijk aan te pakken. Kies een aantal verbeteracties en zet deze om in meetbare prestatie-indicatoren en normen. Houdt de resultaten bij zodat na verloop van tijd getoetst kan worden of het tot de gewenste verbeteringen heeft geleid. Investeer als eerste in de contacten met ouders en het sociaal netwerk.

2005: Wat is er met de resultaten uit 2004 gebeurd?

In 2005 hebben we niet meer uitgebreid de resultaten van het tweede onderzoeksjaar in de organisatie besproken. Enerzijds omdat de resultaten van het tweede jaar niet zo veel verschilden van het eerste jaar, anderzijds omdat er in 2004 weinig structureel gewerkt is met de verbeteracties uit het eerste rapport. Er zijn geen concrete afspraken gemaakt tussen de managers en de teamleiders of gezinsgroepouders over uit te voeren acties. Navraag bij de mensen op de werkvloer leert echter dat er wel degelijk van alles is gebeurd. Zo is er een aantal leefgroepen dat bij opname explicieter aandacht besteedt aan het sociale netwerk: hoe zit het in elkaar en zijn er nog betekenisvolle personen die een rol kunnen spelen? Een aantal leefgroepen heeft zelf acties bedacht om het sociale netwerk dat een jongere heeft, tijdens het

verblijf in de Hoenderloo Groep beter te onderhouden. Echter, toetsing van deze verbeteracties aan de hand van uitkomsten in het daaropvolgende jaar bleek onmogelijk, omdat de verbeteracties niet structureel zijn doorgevoerd en geregistreerd – een belangrijke les voor de volgende raadpleegronde.

Het meten van effecten heeft ook een aantal minder zichtbare effecten opgeleverd. Zo is men anders gaan denken over het meten van effecten. De nieuwsgierigheid naar antwoord op de vraag of de geboden hulp daadwerkelijk helpt, is in de hele organisatie sterk gegroeid. Ook het meten van interne cliëntenfeedback, het behalen van doelen en het meten van gedrag bij opname en tijdens de behandeling is in 2004 onderwerp van gesprek geworden.

8.7 De balans opmaken

Wat hebben we in de afgelopen jaren geleerd van deze manier van onderzoek doen? We laten ten slotte een aantal belangrijke elementen nog eens de revue passeren.

Effectonderzoek opzetten en inbedden in de organisatie

De oorspronkelijke doelstelling van het project, om effectonderzoek binnen de Hoenderloo Groep te ontwikkelen en te implementeren in vier divisies van de organisatie, is in twee jaar tijd ruimschoots gehaald. Er zijn prestatie-indicatoren geformuleerd en er is een systeem opgezet om de uitkomsten op deze indicatoren te meten middels *follow-up*-interviews. Ook de doelstelling dat dit onderzoek diende te worden ingebed in de organisatie is gehaald: het *follow-up*-onderzoek is gaan leven binnen de organisatie, de uitkomsten hebben geleid tot nadenken over de werkwijze, en het formuleren van verbeteracties is (voorzichtig) op gang gekomen. Door met de onderzoeksvragen aan te sluiten bij de nieuwsgierigheid en vragen van de medewerkers is de draagkracht van het *follow-up*-onderzoek in de Hoenderloo Groep groot.

Eigen medewerkers als interviewers

Het bleek een gouden greep om de interviewers voor het *follow-up*-onderzoek uit alle gelegingen van de eigen instelling te selecteren. Hoewel arbeidsintensief, heeft deze manier van werken er toe geleid dat de bekendheid met en betrokkenheid bij het onderzoek binnen de hele organisatie groot is. Aandachtspunt daarbij is wel om de betrokkenheid van medewerkers in de loop der jaren ook vast te houden. Het persoonlijke contact tijdens het bezoek van de interviewers wordt zowel door de oud-clieënten als onze eigen medewerkers erg gewaardeerd. Dat blijkt wel uit de hoge respons van gezinnen die voor de tweede keer benaderd worden. Ook voor interviewers heeft deze manier van werken positieve effecten met zich meege-

bracht; vooral pedagogisch medewerkers beschouwen het als een directe feedback op hun eigen werk.

Verbeteracties

Nu we wat langer met het *follow-up*-onderzoek bezig zijn, merken we dat de aandacht wat verslapt. Dit is mogelijk te wijten aan de relatieve onzichtbaarheid van de verbeteracties die het onderzoek op gang heeft gebracht. Voor de komende jaren is het aandachtspunt dan ook om de *Plan-Do-Study-Act*-cyclus daadwerkelijk rond te maken. We zijn gebleven bij het bestuderen van de uitkomsten en moeten nu de slag maken naar concrete en toetsbare verbeteracties. Uiteindelijk is het doel van onderzoek om de kwaliteit van de hulpverlening te verbeteren. Dat betekent dat het onderzoek pas werkelijk succesvol is als we er in slagen de uitkomsten om te zetten in verbeteracties.

8.8 Bronvermelding

- Goedhart, A., Treffers, F. & Widenfelt, B. van (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten. De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 1018-1035.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Janssen, M., Kroes, G. & Dam, C. van (2004). *Zicht op functioneren in de samenleving. Follow-up-onderzoek de Hoenderloo Groep 2002-2003*. Hoenderloo / Nijmegen: de Hoenderloo Groep / Praktikon.
- Kroes, G. (2005). *Handleiding BergOp*. Nijmegen: Praktikon.
- Projectbureau KWIS (1999). *KWIS Handboek*. Amsterdam: Concern / Bureau Welzijnsmarketing.
- Veerman, J.W. (2004). Effectieve behandelingen gezocht. De zorgpraktijk als onderzoekslaboratorium voor effectiviteitsbepaling. In P. Steerneman, J. van Vandormael & J. Coolen (Red.), *Kind in de knel. Ontwikkelingsstoornissen in de praktijk van de jeugdzorg: samen-werken* (p. 95-113). Antwerpen / Apeldoorn: Garant.

Hoofdstuk 9. Ervaringen met effectmeting bij klinisch-psychiatrische gezinsbehandeling in De Bellenbergh

Henry Gritter en Gert Kroes

9.1 Inleiding

Wat is De Bellenbergh?

De Bellenbergh is een gespecialiseerde psychiatrische behandelafdeling voor multiprobleemgezinnen. Samen met vier andere klinieken voor psychiatrische gezinsbehandeling heeft zij een voor Nederland uniek zorgaanbod waarbij het hele gezin wordt behandeld. Sinds 2001 worden de resultaten van dit zorgaanbod op een systematische wijze onderzocht en maakt effectiviteitoronderzoek in toenemende mate onderdeel uit van de behandeling. Hoe dit onderzoek is opgezet, wat de uitkomsten zijn en hoe deze uitkomsten binnen de organisatie worden benut, wordt in dit hoofdstuk beschreven.

De Bellenbergh is gevestigd op het terrein van het vroegere Sanatorium in Zeist en maakt onderdeel uit van de organisatie Altrecht. De afdeling ontwikkelt zich tot een expertisecentrum voor gezinsbehandeling van multiprobleemgezinnen, waarbij zowel klinische, deeltijd- als ambulante behandeling geboden wordt. De afdeling heeft een supra-regionale functie met als primair verzorgingsgebied de provincies Utrecht, Gelderland en Overijssel.

Gezinnen komen voor behandeling op De Bellenbergh in aanmerking als er sprake is van een bedreiging of stoornis van de ontwikkeling van de kinderen op sociaal, emotioneel en/of cognitief gebied, en van disfunctioneel ouderschap. Deze gezinnen worden gekenmerkt door een langdurig bestaande, dikwijls trans-generatiele problematiek, die heeft geleid tot ernstige stress, sociaal isolement en verwaarlozing van de gezinsleden. Ook kan er sprake zijn van lichamelijke, seksuele of psychische mishandeling en vaak lijden een of meer gezinsleden aan een vorm van psychopathologie. Motivatie en leerbaarheid bij de gezinnen zijn voor de behandeling bij De Bellenbergh een vereiste; de behandeling geschiedt op vrijwillige basis. Vaak is er wel druk van buitenaf om gebruik te maken van het zorgaanbod van De Bellenbergh; dit geldt zeker voor de zwaardere vormen van behandeling zoals de klinisch-psychiatrische gezinsbehandeling.

Het zorgaanbod van De Bellenbergh omvat een klinische behandeling met een gemiddelde opnamecapaciteit van 25 bedden en een deeltijdbehandeling met een opnamecapaciteit van twaalf plaatsen. Daarnaast is er een ambulante psychiatrische behandeling, die echter nog niet in dit onderzoek is opgenomen. De klinische behandeling duurt maximaal zes maanden, de deeltijdbehandeling maximaal negen weken. De psychiatrische behandeling in De Bellenbergh is primair gebaseerd op een gezinstherapeutische benadering. Daarbij is het zorgaanbod aangepast aan de individuele hulpvragen van de verschillende gezinsleden en subsystemen van het gezin.

Vraag naar effectonderzoek

De vraag naar effectiviteitonderzoek van de psychiatrische gezinsbehandeling is in eerste instantie ontstaan vanuit de door de vijf landelijke klinieken gezamenlijk gevoelde behoefte om de effectiviteit van deze behandelvorm te kunnen aantonen. In de loop der jaren zijn verschillende klinieken daarmee min of meer hun eigen weg gegaan. De Bellenbergh en de afdelingen voor psychiatrische gezinsbehandeling van de GGZ in Drenthe hebben echter gekozen voor een gezamenlijke opzet van hun effectiviteitonderzoek, zodat onderlinge vergelijking mogelijk is. Daardoor wordt het uitwisselen van gegevens bevorderd en worden de mogelijkheden vergroot om ook van elkaar te leren. In de gezamenlijke onderzoeksopzet zijn drie onderzoeksvragen centraal gesteld:

- Wat is de beoogde doelgroep? Wordt deze doelgroep bereikt?
- Welke interventies worden gehanteerd? Worden deze uitgevoerd zoals bedoeld?
- Welke uitkomsten worden behaald? Zijn deze zoals gewenst?

Een belangrijke motivatie voor het uitvoeren van dit soort onderzoek is gelegen in het feit dat er nog weinig bekend is over de werking van de behandelingen van kinderen, jeugdigen en hun gezinnen in de praktijk. Bij de opzet van het onderzoek is gesteld dat zowel het onderzoeksproces als het resultaat van onderzoek van belang is. Het onderzoeksproces kan een bijdrage leveren aan een verdere theoretische en methodische disciplineren van het denken en doen in de praktijk. Verder verheldert dit proces de uitvoering van het werk en maakt het deze uitvoering meetbaar. De onderzoeksresultaten vormen een groeiend kennisbestand, op basis waarvan beslissingen in de praktijk beter onderbouwd en theoretisch relevante vragen verder onderzocht kunnen worden. Een dergelijke meer *evidence-based* uitvoeringspraktijk zou onder meer moeten leiden tot een verhoogde doeltreffendheid (effectiviteit) en doelmatigheid (efficiëntie).

Focus van dit hoofdstuk

In dit hoofdstuk beperken we ons tot een rapportage over de uitkomsten van het effectiviteitonderzoek bij De Bellenbergh en zullen we niet ingaan op de aspecten van doelgroep en interventies. Ter vergelijking met de gegevens van De Bellenbergh zullen ook een aantal uitkomsten van vergelijkbare behandelvormen worden gepresenteerd, zoals die van de psychiatrische gezinsbehandeling van de GGZ Zuidwest-Drenthe, de intensieve psychiatrische gezinsbehandeling (IPG) en Families First (FF) van een aantal Hulp aan Huis-programma's in Groningen, Drenthe, Overijssel en Gelderland. IPG is te beschouwen als de lichtere, ambulante variant van klinisch-psychiatrische gezinsbehandeling. Families First is een methodiek voor de behandeling van multiprobleemgezinnen die in een acute crisissituatie verkeren. De verwachting is dat de doelgroep voor deze methodiek qua ernst en aard van de problematiek enigszins vergelijkbaar is met die van klinisch-psychiatrische gezinsbehandeling, ook al is in

geval van indicatie voor de klinische behandelvorm vaker sprake van een chronische dan van een acute crisissituatie.

In het vervolg van dit hoofdstuk worden eerst de onderzoeksopzet en de instrumenten beschreven, en daarna de uitkomsten. Ten slotte zullen we een aantal ervaringen met het doen van onderzoek bij De Bellenbergh beschrijven en weergeven hoe de uitkomsten zijn benut.

9.2 Opzet van het effectiviteitonderzoek

Uitgangspunten

De uitgangspunten van het hier gerapporteerde effectiviteitonderzoek komen grotendeels overeen met de kenmerken en principes van praktijkgestuurd effectiviteitonderzoek zoals die eerder in dit handboek zijn beschreven (zie hoofdstuk 1). Deze uitgangspunten zijn:

1. Het onderzoek is gebaseerd op het zorgevaluatiemodel van Veerman, Damen en Ten Brink (2000). Daarbij wordt ervan uitgegaan dat als de gewenste uitkomsten worden bereikt en de bedoelde interventies zijn uitgevoerd bij de beoogde doelgroep, mag worden aangenomen dat het zorgaanbod adequaat is gerealiseerd.
2. Bij het verzamelen van gegevens wordt zoveel als mogelijk gebruik gemaakt van gestandaardiseerde meetinstrumenten. Het gaat dan om tests en vragenlijsten die voor het Nederlandse taalgebied zijn ontwikkeld en voldoen aan wetenschappelijke minimumeisen van betrouwbaarheid en validiteit.
3. Onderzoeksgegevens worden zoveel als mogelijk door praktijkfunctionarissen verzameld en zoveel als mogelijk benut voor diagnostiek en behandeling. Onderzoek zou zo ingebed moeten raken in hulpverlenend handelen. Dit is een belangrijke motor om onderzoek in praktijkinstellingen draaiend te houden.
4. Van belang is dat in onderzoek verzamelde gegevens regelmatig teruggekoppeld worden naar specifieke gebruikers. Dit kunnen gebruikers op uitvoerings- en beleidsniveau zijn, zowel binnen de instelling als daarbuiten.
5. Er wordt geprobeerd om het evaluatieonderzoek waar mogelijk te laten aansluiten bij vergelijkbaar onderzoek in de jeugdzorg. Dit vergroot de mogelijkheid om de gezinsbehandelingen zowel onderling als met andere behandelvormen te vergelijken.

Alle gezinnen die voor behandeling zijn opgenomen nemen in principe deel aan het onderzoek. Het onderzoek loopt vanaf 2001; daarbij gaat het om ongeveer twintig gezinnen per jaar. Bij de onderzoeksgroep vinden drie metingen plaats: een meting bij aanvang van de behandeling, één bij afsluiting, en een *follow-up*-meting die zes maanden na afsluiting van de behandeling plaatsvindt.

Een belangrijke kanttekening bij de onderzoeksopzet is dat er geen controlegroep met niet-behandelde gezinnen bestaat en dat er geen willekeurige toewijzing is aan de varianten van hulp. Dit betekent dat er geen mogelijkheid bestaat om veranderingen exclusief aan de gebo-

den hulp toe te schrijven. Het onderzoek is er dan ook eerder op gericht om meer inzicht te krijgen in 'wat er gebeurt en wat de uitkomsten zijn' dan op het aantonen of de effecten daadwerkelijk aan de behandeling toe te schrijven zijn. De voornaamste functie van het onderzoek is praktijkverhelderend en zo mogelijk toetsend. Daarnaast is een vergelijking met andere vormen van (intensief ambulante) vormen van gezinsbehandeling mogelijk.

Meetinstrumenten

De uitkomsten van de behandeling zijn gemeten met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten die bij aanvang en bij afsluiting van de behandeling door de ouders van de opgenomen gezinnen werden ingevuld. De vragenlijsten hadden betrekking op de problematiek van de kinderen, de beleving van de opvoedingsstress en de psychische klachten van de ouders. Hieronder volgt een korte beschrijving van de gebruikte instrumenten.

De *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991) is een vragenlijst die als doel heeft om probleemgedrag en vaardigheden van kinderen, zoals door ouders ervaren, te meten. De vragenlijst is in het Nederlands vertaald als *Gedragsvragenlijst voor kinderen van 4 –18 jaar* (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996). De vragenlijst bestaat uit twee delen: een deel dat vraagt naar de competenties van kinderen en een deel dat vragen bevat over gedragsproblemen en/of emotionele problemen van het kind. In ons onderzoek hebben we alleen het laatste deel gebruikt. De scores op de 120 gedragsvragen worden bij elkaar opgeteld en geven een totaalscore die de ernst van de gedrags- en emotionele problemen aangeeft. Verder kunnen er twee hoofddimensies onderscheiden worden: internaliseren en externaliseren. Van de gedragsvragenlijst zijn Nederlandse populatienormen beschikbaar.

De *Nijmeegse Ouderlijke Stress Index* (NOSI; De Brock, Vermulst, Gerris & Abidin, 1992) is de Nederlandstalige versie van een Amerikaans meetinstrument (Abidin, 1983), waarmee de stressbeleving van ouders in de opvoeding van hun kinderen gemeten kan worden. Door de scores van de 123 vragen bij elkaar op te tellen wordt een totaalscore verkregen, die een beeld geeft van de totale opvoedingsstress. Verder kunnen twee hoofddomeinen onderscheiden worden, te weten het Ouderdomein, dat aangeeft in hoeverre de ouder zich op zijn of haar opvoedingstaak berekend voelt, en het Kinddomein, dat aangeeft in hoeverre de ouder de problematiek van het kind als belastend ervaart. Er zijn Nederlandse populatienormen beschikbaar.

De *Symptom Checklist* (SCL-90; Arrindell & Ettema, 2003) is de Nederlandse versie van een Amerikaanse zelfbeoordelingschaal (Derogatis, 1977) die verschillende aspecten van psychopathologie bij volwassenen meet. De lijst bevat negentig vragen over een verscheidenheid aan psychische klachten. Bij elkaar opgeteld geven de scores op deze vragen een totaalscore, die een algemene maat is voor psychoneuroticisme. Er zijn Nederlandse populatienormen beschikbaar. In ons onderzoek hebben we de SCL-90 gebruikt om psychische klachten bij de ouders te meten.

Berekening uitkomsten

Het gebruik van gestandaardiseerde en genormeerde vragenlijsten heeft een aantal belangrijke voordelen. Zo zijn de resultaten rechtstreeks vergelijkbaar met ander onderzoek waarbij deze instrumenten zijn gebruikt. Iedere vragenlijst heeft evenwel nog zijn eigen berekeningswijze en weergave van de scores. Daardoor zijn uitkomsten op verschillende vragenlijsten onderling niet direct vergelijkbaar. Om dit nadeel te ondervangen hanteren we een berekeningswijze die gebruik maakt van het feit dat er van alle hier gebruikte vragenlijsten (Nederlandse) populatienormen beschikbaar zijn. Daardoor is het mogelijk bij iedere individuele score op een willekeurige vragenlijst uit te rekenen hoeveel deze score afwijkt van het landelijke gemiddelde van de betreffende vragenlijst. Door deze afwijkingsscore te delen door de standaardafwijking van de landelijke scores ontstaat de zogeheten normatieve deviatiescore, oftewel deviatiescore (zie ook hoofdstuk 17). In formule:

$$\text{Deviatiescore} = \frac{\text{Behaalde score} - \text{landelijk gemiddelde score}}{\text{Standaardafwijking landelijke gemiddelde}}$$

Een deviatiescore van 0 betekent dat de behaalde score op een vragenlijst gelijk is aan het landelijk gemiddelde voor de betreffende vragenlijst. Een deviatiescore van +1 betekent dat een score één standaardafwijking boven het landelijk gemiddelde ligt. Dit houdt per definitie in dat 85 procent van de bevolking lager scoort. Zo is voor elke deviatiescore aan te geven welk percentage van de bevolking hoger (of lager) scoort. Deze percentages van de bevolking met de bijbehorende interpretaties van deviatiescores staan in tabel 9.1.

Tabel 9.1 Interpretatie van deviatiescores en effectgroottes (ES)

Deviatiescore	Percentielscore	Label	Betekenis
< 0,79	< 79%	Geen problemen	Geen zorgen van betekenis
0,79 – 1,28	79% – 89%	Matige problemen	
1,29 – 1,64	90% – 94%	Aanzienlijke problemen	Problematiek verdient aandacht
1,65 – 1,95	95% – 97%	Ernstige problemen	Problematiek verdient behandeling
≥ 1,96	≥ 97%	Zeer ernstige problemen	

Effectgrootte	Betekenis
≥ 0,80	Groot effect
0,50 – 0,79	Middelgroot effect
0,20 – 0,49	Klein effect
< 0,20	Verwaarloosbaar effect

Het grote voordeel van het gebruik van deviatiescores is dat de uitkomsten van alle mogelijke vragenlijsten direct onderling vergelijkbaar zijn. Zo heeft een deviatiescore van 1,6 op de CBCL precies dezelfde betekenis als een deviatiescore van 1,6 op de NOSI of SCL-90. Ook is meteen duidelijk hoe hoog een bepaalde score is in vergelijking met de landelijke normgroepen. Dit geldt voor elke genormeerde vragenlijst, ongeacht het geslacht of de leeftijd van de gene waarop de vragenlijst betrekking heeft, en ongeacht het type informant.

Om de effectiviteit van de behandeling te bepalen zijn effectgroottes berekend. De effectgrootte is een statistische maat voor de grootte van het verschil tussen de scores bij aanvang en bij afsluiting (gedeeld door een gezamenlijke standaarddeviatie). De interpretatie van effectgroottes volgens Cohen (1988) is eveneens weergegeven in tabel 9.1.

9.3 Uitkomsten

Deelnemers en respons

In tabel 9.2 zijn de aantallen deelnemers aan het onderzoek en de responspercentages weergegeven. Het responspercentage geeft aan hoeveel procent van de gezinnen die in de genoemde periode in De Bellenbergh zijn behandeld zowel bij aanvang als bij afsluiting van de behandeling aan het onderzoek heeft deelgenomen. Vooraf is een responspercentage van zeventig procent bij vertrek als streefdoel gesteld. Dat percentage is zowel bij de klinische behandeling als bij de dagbehandeling niet gehaald.

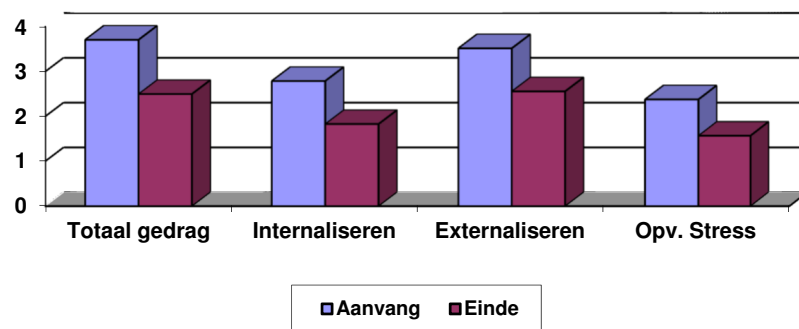
Tabel 9.2 Aantal deelnemende gezinnen en responspercentage

Afdeling	Periode	Behandelde gezinnen	Deelnemende gezinnen	Responspercentage
Kliniek	2002–2005	51	22	43%
Deeltijdbehandeling	2003–2005	30	14	46%

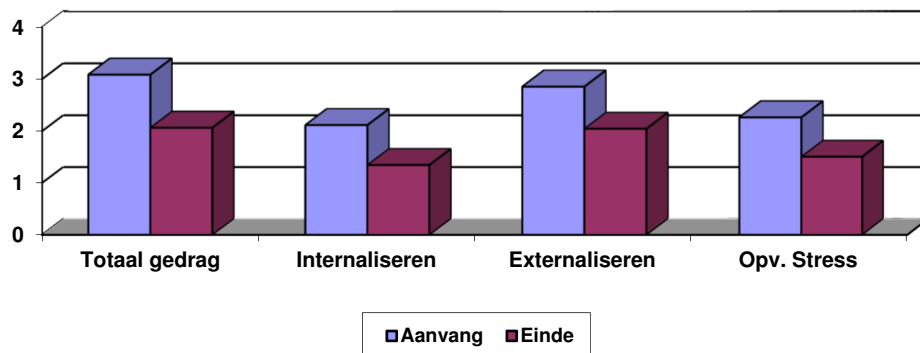
Uitkomsten klinische en deeltijdbehandeling

In twee grafieken zijn de uitkomsten van de kliniek (figuur 9.1) en deeltijdbehandeling (figuur 9.2) van De Bellenbergh weergegeven. In de grafieken worden de deviatiescores bij aanvang en vertrek naast elkaar gezet van de schalen Totale gedragsproblemen, Internaliseren, Externaliseren (van de CBCL) en de Totale opvoedingsstress (van de NOSI). Voor het berekenen van de gemiddelde scores is per gezin steeds slechts één kindscore in de berekening opgenomen. Dit is telkens de score van het kind met de meest ernstige problematiek per gezin bij aanvang van de behandeling. Door deze systematiek is vergelijking mogelijk met referentie-

groepen uit andere instellingen, waarbij vaak alleen de problematiek van één aangemeld kind per gezin wordt gerapporteerd.



Figuur 9.1 Veranderingen in probleemgedrag kinderen (CBCL) en opvoedingsstress (NOSI) volgens ouders bij de psychiatrische gezinsbehandeling. Klinisch, N = 22



Figuur 9.2 Veranderingen in probleemgedrag kinderen (CBCL) en opvoedingsstress (NOSI) volgens ouders bij de psychiatrische gezinsbehandeling. Deeltijd, N = 14

Zoals in de figuren te zien is, zijn zowel de gedragsproblemen als de opvoedingsstress aan het einde van de behandeling lager dan aan het begin. Dit geldt zowel voor de kliniek als voor de deeltijdbehandeling en deze afname is in alle gevallen statistisch significant (eenzijdig getoetst met een T-test voor gepaarde waarnemingen; $p < .05$). Dit vormt een aanwijzing dat de behandeling heeft geleid tot vermindering van zowel de gedragsproblematiek bij de kinderen als de opvoedingsstress bij de ouders. Hoewel dus sprake is van een behoorlijke vooruitgang bij deze gezinnen, valt ook op dat een groot deel van de kinderen aan het eind van de behandeling nog steeds gedragsproblemen heeft die in aanmerking komen voor behandeling, of op zijn minst aandacht behoeven (deviatiescores $> 1,28$). Hetzelfde geldt voor de opvoedingsstress bij de ouder(s). Het feit dat de problematiek na afloop van de psychiatrische gezinsbehandeling nog relatief ernstig is, is wel volgens verwachting. Het gaat immers in bijna alle gevallen om multiprobleemgezinnen met zeer ernstige problematiek bij aanvang, vergelijkbaar met de problematiek die bij Families First in acute crisissituaties wordt aangetroffen. Na de behandeling is er een verandering opgetreden, is het chronische karakter van de klachten

vaak doorbroken en is de verwachting dat het gezin met de inzet van minder intensieve vormen van ambulante gezinshulp verder te helpen is.

Ten slotte valt op dat de problemen bij de klinisch behandelde groep gezinnen over het algemeen wat groter zijn dan bij de groep die in deeltijd behandeld is – zoals je ook zou mogen verwachten gezien het relatieve verschil in zwaarte van de behandeling.

Een vergelijking met referentiegroepen

Om de uitkomsten van De Bellenbergh in perspectief te plaatsen, hebben we de veranderingen bij kinderen en ouders op het gebied van gedragsproblemen, opvoedingsstress en psychische klachten van ouders vergeleken met de uitkomsten bij een aantal referentiegroepen. De referentiegroepen omvatten de deeltijd psychiatrische gezinsbehandeling van GGZ Zuidwest-Drenthe en andere methodieken voor de behandeling van multiprobleemgezinnen die enigszins vergelijkbaar zijn met de doelgroep van De Bellenbergh – zoals ambulante Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling en Families First. Bij alle groepen zijn de uitkomsten op precies dezelfde wijze en met dezelfde instrumenten gemeten. We geven hier de uitkomsten weer voor externaliserende gedragsproblemen bij kinderen (CBCL), totale opvoedingsstress bij ouders (NOSI), en – voor zover gemeten – psychoneuroticisme bij beide ouders (SCL-90). Voor deze vergelijking hebben we geput uit een aantal bronnen, namelijk een overzicht met meerjarige gegevens over Families First en Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (Veerman, Janssens en Delicat, 2005), en eerdere rapportages over de psychiatrische gezinsbehandeling bij De Bellenbergh (Kroes, 2006) en de GGZ Zuidwest-Drenthe in Beilen (Kroes, 2004).

In tabel 9.3 op de volgende pagina zijn de gemiddelde deviatiescores bij aanvang en vertrek van de verschillende behandelvormen onder elkaar gezet. In de laatste kolom staan de effectgroottes van het verschil in scores tussen aanvang en vertrek. Zoals de naam zegt geven effectgroottes een indicatie van de grootte van het verschil. Daarbij kan een effectgrootte van 0,20 tot 0,49 als klein worden beschouwd, en een effectgrootte van 0,50 tot 0,79 als middelgroot (vergelijk tabel 9.1).

In de tabel is te zien dat alle weergegeven behandelvormen of methodieken minimaal kleine, positieve effecten laten zien, variërend van 0,30 tot 0,66. Er zijn slechts geringe onderlinge verschillen tussen de methodieken op de verschillende domeinen. Dat betekent dat alle gepresenteerde methodieken ongeveer evenveel vooruitgang boeken bij het verminderen van externaliserende gedragsproblemen bij kinderen en opvoedingsstress en psychoneuroticisme bij ouders. Wel zijn er enige verschillen te zien tussen de methodieken wat betreft ernst van de problematiek op de verschillende domeinen bij aanvang. Zo blijkt de gedragsproblematiek van kinderen uit gezinnen die klinische psychiatrische gezinsbehandeling kregen bij opname over het algemeen ernstiger (met uitzondering van Families First) dan bij de andere, lichtere vormen van hulp. Dit kan als een rechtvaardiging worden beschouwd voor de zwaarte van de ingezette behandeling.

Tabel 9.3 Uitkomsten referentiegroepen; gemiddelde deviatiescores en effectgroottes

Domein (instrument), methodiek en instelling	N	Aanvang	Vertrek	Effect-grootte
Externaliseren (CBCL)				
PGB klinisch, De Bellenbergh	22	3,52	2,56	0,49
PGB deeltijd, De Bellenbergh	14	2,86	2,05	0,42
PGB deeltijd, GGZ Zuidwest-Drenthe	27	2,62	1,81	0,39
IPG, Hulp aan Huis Drenthe, Overijssel	211	2,95	2,08	0,49
FF, Hulp aan Huis Groningen, Drenthe en Overijssel	266	3,75	2,61	0,58
Totale opvoedingsstress (NOSI)				
PGB klinisch, De Bellenbergh	22	2,38	1,57	0,66
PGB deeltijd, De Bellenbergh	14	2,27	1,51	0,55
PGB deeltijd, GGZ Zuidwest-Drenthe	27	1,66	0,89	0,42
IPG, Hulp aan Huis Drenthe, Overijssel	211	2,02	1,18	0,63
FF, Hulp aan Huis Groningen, Drenthe en Overijssel	266	2,13	1,42	0,49
Psychoneuroticisme (SCL-90; vaders en moeders tezamen)				
PGB klinisch, De Bellenbergh	35	1,71	0,86	0,49
PGB deeltijd, De Bellenbergh	20	1,42	0,95	0,30
PGB deeltijd, GGZ Zuidwest-Drenthe	36	1,08	0,54	0,33

Afkortingen: PGB = Psychiatrische Gezinsbehandeling; IPG = Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling; FF = Families First

9.4 De ervaringen met effectiviteitonderzoek binnen De Bellenbergh

Onderzoek integreren in de behandeling

Eén van de uitgangspunten bij het opzetten van effectiviteitonderzoek bij De Bellenbergh was om de onderzoeksgegevens zoveel mogelijk door de praktijkfunctionarissen te laten verzamelen en zoveel mogelijk te benutten in het primaire proces, dat wil zeggen bij de diagnostiek en behandeling. Onderzoek zou zo ingebed moeten raken in hulpverlenend handelen, wat een belangrijke motor is om onderzoek in praktijkinstellingen draaiend te houden. De realiteit was echter dat bij aanvang vooral het management van De Bellenbergh bij het onderzoek betrokken is geweest. Vanuit het management werd de behoefte gevoeld om te starten met het effectiviteitonderzoek. De hulp van een extern onderzoeksbureau werd van belang geacht om te helpen bij de introductie van het onderzoek bij de medewerkers en bij het verwerken van de gegevens.

Binnen de afdeling zelf was er echter de nodige scepsis over nut en noodzaak van een dergelijk onderzoek. De daadwerkelijke verzameling van gegevens en het beheren van het onderzoeksproces werd uitbesteed aan een stagiaire. Door deze keuze maakte het onderzoek geen wezenlijk deel uit van de behandeling. Ook vond er geen terugkoppeling plaats van de uitkomsten naar de behandelaars/teamleden. Een jaar na de start van de verzameling van onderzoeksgegevens bleek de respons bij aanvang matig tot redelijk; de meeste gezinnen waren wel gestart met het invullen van de vragenlijsten. De respons aan het einde van de behandeling was echter lager. Vaak reageerden de behandelaars negatief op het onderzoek; zij vroegen zich af waarom we het de multiprobleemgezinnen aandeden om zoveel vragenlijsten neer te leggen. Sommigen vonden het (ethisch) onverantwoord dit van de gezinnen te vragen. Een en ander was niet bevorderlijk voor de respons.

Na een jaar kwam de eerste terugkoppeling van de uitkomsten. Dit bleek voor het behandelteam vooral een bevestiging te zijn van dingen over de gezinnen die iedereen al wist. De hoge effectgrootte die gevonden werd was vooral een signaal aan het team dat er goed werk werd geleverd en het leidde niet tot het formuleren van verbeteracties. Het daaropvolgende jaar werd het onderzoek al beter geïntegreerd in de behandeling. Het was de wens van het management om de resultaten van het onderzoek directer aan de behandelaars terug te geven. Incidenteel werd daarom een overzicht van de gegevens van een gezin in een behandelplanbespreking gepresenteerd. Ook dit leidde in de meeste gevallen vooral tot een bevestiging van informatie die in het team al aanwezig was.

Na het tweede jaar werden de gegevens weer gepresenteerd en ook nu riep dit weinig tot geen discussie op bij de teamleden. De gestelde termijn van het onderzoek liep af. Intern bestond er de mogelijkheid om het onderzoek voor nog een jaar gefinancierd te krijgen met de uitdrukkelijke afspraak dat het vervolgens in de reguliere begroting moest worden opgenomen. De keuze van het management om door te gaan met het verzamelen van data werd vooral ingegeven door de noodzaak om de dure behandeling van gezinnen beter te kunnen legitimeren. De gevonden effectgroottes waren bevredigend. De externe legitimering had daarmee een extra pijler gekregen.

Een doorbraak

Een presentatie van de uitkomsten van het onderzoek op een jeugdzorgcongres zorgde voor een doorbraak. Uit de reacties uit de zaal bleek dat De Bellenbergh in feite voorop liep met dataverzameling en het meten van de effectiviteit van de behandeling. Op deze wijze ontstond er ook binnen de afdeling zelf wat meer enthousiasme. Vervolgens heeft deelname aan een platform voor instellingen die bezig zijn hun effectonderzoek te verbeteren ervoor gezorgd dat ook bij De Bellenbergh een aantal verbeteracties zijn ondernomen om de bestaande praktijk verder aan te pakken en te verbeteren. Binnen dit overleg kwamen enkele manco's van het effectiviteitonderzoek op De Bellenbergh aan het licht waar de afdeling al eerder tegenaan was gelopen. Er werden verbeteracties geformuleerd op de volgende terreinen.

Beter benutten van onderzoeksgegevens binnen de behandeling

De gegevens bij de start van de behandeling leveren belangrijke informatie voor de eerste behandelbespreking en krijgen ook die plek in de bespreking. Gevonden gegevens worden direct teruggekoppeld naar de ouders en met hen besproken. Opvallende resultaten zijn op deze manier sneller op te pakken en kunnen eventueel in een behandelvraag van ouders worden vertaald. Ook bij de evaluatie van de behandeling spelen de onderzoeksgegevens een belangrijke rol. Aan de hand van de gegevens uit de voor- en nametingen is zichtbaar te maken hoe ouders terugkijken op de behandeling. Grafisch wordt het verloop van de behandeling en de afname van klachten zichtbaar in de evaluatiebespreking.

Regelmatig formuleren van verbeteracties op verschillende niveaus

Bij terugkoppeling van de gegevens wordt gekeken tot welke verbeteracties dit kan leiden. Verbeteracties kunnen zich richten op de behandelinhoud. Ook kunnen meer beleidsmatig getinte acties worden geformuleerd in het team. Deze acties hebben binnen De Bellenbergh geleid tot een grotere betrokkenheid van medewerkers bij het effectiviteitonderzoek.

Scholing van (nieuwe) medewerkers

Een derde verbeteractie betreft de scholing van medewerkers. Bij de start van het onderzoek hebben alle medewerkers scholing gehad hoe om te gaan met zaken als effectiviteitonderzoek en de vragenlijsten. Vervolgens kwam er ieder jaar een globale presentatie om deze informatie voor het team nog eens op te halen. Voor nieuwe medewerkers stond het onderzoek ver van de werkelijkheid van alledag. Ze werden niet geschoold om met de gegevens van het onderzoek te kunnen werken. Het maakte geen deel uit van de dagelijkse praktijk van de afdeling. Om hierin verbetering te brengen is een scholingsprogramma gestart voor nieuwe medewerkers. Enkele malen per jaar is een medewerker van De Bellenbergh vrijgesteld om voorlichting en informatie aan nieuwe medewerkers te geven over de opzet en noodzaak van het effectiviteitonderzoek. Ook worden medewerkers geschoold in het interpreteren en gebruiken van de onderzoeksgegevens.

Modulebeschrijving van het behandel aanbod

Tot slot heeft voortschrijdend inzicht binnen de afdeling ook geleid tot het opnieuw beschrijven van verschillende onderdelen van de methodiek van de gezinsbehandeling. Op deze wijze wordt een poging gedaan om de werkzame bestanddelen van de behandeling meer te expliciteren. Vergelijking van de gegevens met die van de collega's van de GGZ Zuidwest-Drenthe leidt tot vruchtbare gesprekken over de gebruikte methodiek, de verschillen in uitkomsten op basis van de gekozen methodiek, het benoemen van sterke kanten en het plaatsen van kritische kanttekeningen bij de behandeling.

Stimulans voor verder onderzoek

Door het lopende effectiviteitonderzoek en de beschikbaarheid van gegevens van gezinnen over een langere termijn zijn ook andere onderzoeken gestart met gegevens van gezinnen van

De Bellenbergh. Er is een onderzoek gedaan naar multiprobleemgezinnen. Daarbij is gekeken of beschrijvingen van multiprobleemgezinnen uit de literatuur overeen komen met de gegevens van gezinnen in De Bellenbergh (Van Mierlo, 2004). Daarnaast is ook gekeken of dit overeenstemt met ervaringen van behandelaars op De Bellenbergh. Verder is er een onderzoek uitgevoerd naar onderscheidende indicatiecriteria tussen gezinnen die geïndiceerd worden voor klinische behandeling en deeltijdbehandeling op De Bellenbergh (Pennings, 2005). Ook dit is gerelateerd aan ervaringen van behandelaars op De Bellenbergh. Ten slotte wordt er op De Bellenbergh cliënttevredenheid gemeten met de zogeheten GGZ-thermometer (Bransen, Kok & Van Wijngaarden, 2005). Op basis van gegevens uit deze cliënttevredenheid worden net als bij effectiviteitonderzoek verbeteracties binnen het multidisciplinaire team besproken en ingezet.

9.5 Samenvatting en conclusies

Effectiviteitonderzoek in een behandelafdeling levert nuttige informatie op over de mate waarin de klachten afnemen tijdens het verloop van de behandeling en de periode na behandeling. De verzamelde gegevens zijn op verschillende manieren te gebruiken in de behandeling van cliënten. Met de cliënt worden de klachten in kaart gebracht en bij start van de behandeling besproken. Aan het einde van de behandeling kan de vooruitgang op verschillende onderdelen getoond en besproken worden. Ook in de evaluatiebesprekingen in het team kunnen de veranderingen tijdens het verloop van de behandeling in beeld worden gebracht aan de hand van de verkregen informatie van respondenten uit de vragenlijsten. Verder zijn deze gegevens goed bruikbaar om in het behandelteam feedback te krijgen over effecten van ingezette behandeling. Mits de informatie bruikbaar voor teamleden wordt aangeboden, biedt het de mogelijkheid om de bestaande handelwijze te evalueren en te bezien op zijn effecten. Ook geeft het de mogelijkheid om met de verkregen kennis de behandeling op onderdelen te verbeteren of aan te scherpen. Tot slot zijn de gegevens ook van belang voor legitimering van een intensieve – en daarmee kostbare – interventie als gezinsbehandeling tegenover externe partners als het zorgkantoor.

Het effectiviteitonderzoek dat in het centrum voor gezinsbehandeling De Bellenbergh sinds 2001 loopt, levert ook een aantal aandachtspunten die van groot belang zijn gebleken voor een goede inbedding en benutting van de gegevens verkregen uit het onderzoek. Zo is het belangrijk dat de uitvoering van het onderzoek gedragen wordt door het management van de afdeling en het hogere management in de organisatie. Daarmee kunnen verbeterlagen in de behandeling ingezet worden op basis van de verkregen gegevens. Minstens zo belangrijk is de betrokkenheid van het behandelteam bij het onderzoek en de uitkomsten ervan. Een jaarlijkse terugkoppeling door middel van een presentatie van gegevens is volstrekt onvoldoende om verbeterlagen te realiseren. Inbedding van de gegevens in de directe behandeling van cliënten, het bespreken van verkregen gegevens met de cliënt en gebruikmaken van gegevens uit vragenlijsten voor de behandelplanbespreking zijn nuttig en nodig om het enthousiasme van hulpverleners voortdurend te stimuleren.

Gegevens leveren in verschillende besprekingen aanleiding voor verbeteringen van behandeling. Bij de individuele cliënt tijdens de behandeling, in het behandelteam als het verloop van een behandeling in beeld gebracht wordt en bij presentatie van gegenereerde gegevens over een afgelopen periode over meerdere gezinnen. Ook vergelijking van gegevens met andere instellingen – in het geval van De Bellenbergh met de collega-instelling GGZ Drenthe – biedt inzichten in eigen en andermans werkwijze en bereikte effecten van behandeling.

Tot slot biedt de database met uitgebreide gegevens over behandelingen een bron van mogelijkheden voor studenten en onderzoekers om aan de hand van specifieke onderzoeksvragen gegevens te benutten. In De Bellenbergh zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd waarbij literatuuronderzoek en dossieronderzoek gecombineerd zijn met gegevens en uitkomsten uit de database van het effectonderzoek. Het betrof een onderzoek naar de kenmerken van de behandelde populatie – multiprobleemgezinnen – en een onderzoek naar toewijzing van behandeltrajecten in het intakeoverleg.

De praktijk van De Bellenbergh wijst uit dat werken met effectiviteitonderzoek levendig is, permanent aandacht vraagt in de vorm van scholing en bijscholing van (nieuwe) medewerkers, nieuwsgierigheid naar de werkzame onderdelen van behandeling stimuleert en uitdaagt tot permanente verbetering van de behandeling en het behandel aanbod van een afdeling.

9.6 Bronvermelding

- Abidin, R.R. (1983). *Parenting Stress Index: Manual*. Charlottesville: Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (2003). *Symptom Checklist, SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Amsterdam: Swets Test Publishers.
- Bransen, M., Kok, I. & Wijngaarden, B. van (2005). *De aanpassing van de GGZ Jeugdthermometer 2003 tot de GGZ Jeugdthermometer 2005*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Brock, A.A. de, Vermulst, J.R.M., Gerris, R.R. & Abidin, R.R. (1992). *NOSI: Nijmeegse Ouderlijke Stress Index*. Lisse: Swets & Zeitlinger. □
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Hillsdale: Erlbaum.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: Administration, Scoring and Procedures Manual-I for the R(evised) Version*. Baltimore: John Hopkins University School of medicine.
- Kroes, G. (2004). *Evaluatieonderzoek Klinische Gezinsbehandeling GGZ Zuidwest-Drenthe. Resultaten 2003*. Nijmegen: Radboud Universiteit, ACSW / Praktikon.
- Kroes, G. (2006). *Evaluatieonderzoek Klinische Gezinsbehandeling De Bellenbergh. Resultaten 2002-2006*. Nijmegen: Radboud Universiteit, ACSW / Praktikon.
- Mierlo, W.J. van (2004). *Multiprobleem-gezinnen in De Bellenbergh: Een onderzoek naar de kenmerken van deze gezinnen*. Ongepubliceerde doctoraalscriptie, Vakgroep Orthopedagogiek, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Pennings, J.G.M. (2005). *Gezinsbehandeling voor multiprobleem-gezinnen; Deeltijd of kliniek? Een zoektocht naar indicatiecriteria die het verschil maken*. Ongepubliceerde doctoraalscriptie Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen, Universiteit van Amsterdam.
- Veerman, J.W., Damen, H. & Brink, L.T. ten (2000). *Een werkmodel voor evaluatieonderzoek in de jeugdzorg*. Nijmegen: Academisch Centrum / Praktikon: Katholieke Universiteit.
- Veerman, J.W., Janssens, J. & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 3, 176-196.

Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Erasmus MC - Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam.

Hoofdstuk 10. Organisatie praktijkgestuurd effectonderzoek bij Hulp aan Huis

Dries Roosma en Hans Tönjes

10.1 Inleiding

Als er één hulpvorm is in Nederland waarnaar de afgelopen jaren veel effectonderzoek is gedaan, dan is het wel Hulp aan Huis. Het gaat daarbij dan – in termen van de effectladder die in deel I is gepresenteerd – vooral om veranderingsonderzoek, waarbij er systematisch bij het begin en aan het einde van de behandeling wordt gemeten in welke mate er veranderingen bij de cliënten zijn opgetreden. Kenmerk van dit onderzoek was bovendien dat het sterk praktijkgestuurd is ingegeven: de gegevensverzameling geeft een antwoord op een in de instellingen gevoelde behoefte aan zicht op de effectiviteit. Daarbij komt dat de gegevensverzameling in de instellingen sterk is ingebed in het primaire proces.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de organisatie van een dergelijk praktijkgestuurd effectonderzoek binnen Hulp aan Huis. Na een inleiding over de Hulp aan Huis programma's wordt getoond hoe het onderzoek is ingebed in de hulpverlening. Daarna wordt ingegaan op hoe jeugdzorginstellingen en financiers meegenomen kunnen worden om effectonderzoek een plaats te geven in het primaire proces en hoe dit bekostigd kan worden. Ten slotte worden enkele aandachtspunten uitgewerkt waar zowel bestaande onderzoekspraktijken als organisaties die willen starten hun voordeel mee kunnen doen.

10.2 Wat is Hulp aan Huis?

Algemeen

Hulp aan Huis is een intersectoraal programma voor intensieve ambulante gezinsbehandeling van gezinnen in crisis, gezinnen met ernstige opvoedingsproblemen en multiprobleemgezinnen. Een belangrijke doelstelling van Hulp aan Huis is het voorkomen of verkorten van uithuisplaatsingen. Het programma is per provincie georganiseerd en inmiddels te vinden in de provincies Drenthe, Groningen, Overijssel, Gelderland en Utrecht.

In de loop der jaren is naar de verdere beschrijving van Hulp aan Huis veel aandacht uitgegaan. Dat houdt verband met de noodzakelijke verheldering van de methodiek, om uitvoerend hulpverleners deze methodiek in de praktijk ook zoals bedoeld kunnen laten toepassen. Daarnaast is deze beschrijving van belang met het oog op het onderzoek en het gebruik van de gegevens die daaruit voortkomen: helder moet zijn waar de gegevens betrekking op hebben en welke elementen van de methodiek eventueel wel of niet voldoende in de uitvoering aan bod

zijn gekomen. Niet voor niets moeten volgens de effectladder de interventies die onderwerp zijn van onderzoek goed beschreven zijn. Alleen dan verzamelt men gegevens over meer dan alleen een *black box*. In deze paragraaf besteden we vrij uitgebreid aandacht aan die beschrijving. In de vervolghoofdstukken zullen gepresenteerde interventies slechts kort toegelicht worden.

Kenmerken doelgroep

De doelgroep van Hulp aan Huis bestaat uit multiprobleemgezinnen, maar ook veel gezinnen waarbij sprake is van ernstige opvoedingsproblemen en gezinnen in crisis. Deze gezinnen kenmerken zich door het volgende.

- Algemeen is er sprake van:
 - ernstige problemen op meerdere gezinstaken;
 - een groot beslag op hulpverlening.
- Bij de kinderen zien we:
 - ontwikkelings- en gedragsproblemen;
 - psychiatrische problemen en aanlegstoornissen;
 - licht verstandelijke handicaps.
- Bij de ouders zien we:
 - opvoedingsonmacht;
 - verwaarlozing en mishandeling;
 - individuele problematiek (psychiatrisch, verslaving, psychosociaal).
- Daarnaast zijn er problemen:
 - in de partnerrelatie;
 - bij de huishouding en verzorging;
 - bij financiën en werk;
 - in het vormgeven en onderhouden van formele en informele contacten.
- De aard van de problemen is:
 - langdurig en complex;
 - sectoroverschrijdende zorgconsumptie;
 - weerbarstig;
 - ambulante hulp is niet toereikend;
 - uithuisplaatsing of opname van kinderen en/of ouders dreigt.

Uitgangspunten en doel

Vertrekpunten bij de ontwikkeling en uitvoering van Hulp aan Huis zijn (1) de wens van ouders hun kinderen thuis op te voeden; (2) de wens van kinderen om thuis op te groeien tot volwassenheid; (3) de wens van ouders, kinderen en hulpverleners om *resultaat* te halen.

Bovengenoemde doelgroepkenmerken en vertrekpunten zijn in het programma Hulp aan Huis vertaald naar de volgende uitgangspunten en doelstellingen voor de hulpverlening. De

door Hulp aan Huis geboden hulp richt zich op de volle breedte van de problematiek en zet daarbij de opvoedingstaak van de ouders en de ontwikkeling van de kinderen voorop. De centrale vraag waaraan gewerkt wordt is: wat moet er veranderen willen de kinderen zich (bij voorkeur thuis) veilig en voldoende kunnen ontwikkelen tot volwassenheid?. Het doel is het voorkomen of verkorten van een uithuisplaatsing, het doorbreken van de negatieve spiraal (in de zin van: verminderen van de problematiek van het kind en de opvoedingsstress van de ouders), het vergroten van het rendement van andere voor het gezin belangrijke hulpbronnen en het vergroten van de maatschappelijke participatie van de gezinsleden.

Werkwijze

Om deze doelen te kunnen bereiken is vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw, eerst in Drenthe en later ook in de andere provincies, een werkwijze ontwikkeld, die grofweg uit twee elementen bestaat: (1) een uitgewerkt methodisch handelingskader en (2) een daaraan gekoppeld methodisch ondersteuningsmodel voor de uitvoerende hulpverleners. Een gezinshulpverlener verleent de gezinsleden hulp volgens geëxpliciteerde methodische principes. Deze kenmerken houden in dat het gezin wordt geholpen door een gezinshulpverlener die ...

- *veel tijd heeft, gedurende een afgebakende periode.* Er bestaan van Hulp aan Huis verschillende varianten die bepalen om welke periode het gaat. We komen daar straks op terug. Algemeen geldt dat op een dienstverband van 36 uur per week door de gezinshulpverlener twintig uur per week besteed wordt aan *face-to-face*-kontakten bij het gezin thuis. De overige zestien uur wordt besteed aan reistijd van en naar het gezin, werkbegeleiding, scholing en training, registratie, rapportage, onderzoeksadministratie en voorbereiding van de gezinsbezoeken.
- *met de gezinsleden samenwerkt op de plek waar het gebeurt: bij het gezin thuis.* Dat gebeurt op tijden dat de problemen spelen. Dit kan ook zijn 's ochtends vroeg, overdag, 's avonds of in weekenden. Met de werktijden wordt aangesloten bij de agenda van het gezin. Er wordt gewerkt vanuit een tegemoetkomende beschikbaarheid.
- *een concrete, expliciete, doel- en resultaatgerichte aanpak heeft.* Samen met de gezinsleden worden door de gezinshulpverlener de doelen van de aanmelder omgezet in werkdoelen van de gezinsleden.
- *actief de gezinsleden betreft bij de beoordeling van hun slagen en falen.* Overleg met de aanmelder vindt plaats met en in het gezin.
- *activeert in plaats van compenseert.* De gezinshulpverlener realiseert dat door voor- doen, samen doen, oefenen, geven van opdrachten, erbij-zijn.
- *aansluit bij de goede kwaliteiten van de gezinsleden.* De gezinshulpverlener werkt aan het versterken van reeds aanwezige positieve krachten in het gezin.
- *acute crisissen benut als mogelijkheid om tot verandering te komen.* Het acute van de probleemsituatie wordt aangegrepen om de urgentie van het zoeken naar een oplossing op de agenda te zetten.

De gezinshulpverleners worden bij hun werk ondersteund door ...

- *wekelijkse teambegeleiding en individuele werkbegeleiding*. Dit gebeurt door een in de methodiek getrainde en ervaren gedragswetenschapper of teamleider.
- *een uniform begrippenkader*. Op basis daarvan zijn de activiteiten van de gezinshulpverleners in verrichtingen beschreven. Voorbeelden van deze verrichtingen zijn: actief luisteren; doelen/prioriteiten stellen met gezin; werken met gedragskaart; oefening storende en helpende gedachten (Ten Brink, Veerman, Berger e.a., 1997).
- *een methodiekhandleiding per module*. Daarin zijn op samenhangende wijze kennis-, houdings- en vaardigheidsaspecten voor de hulpverleningscyclus beschreven.
- *een functiegericht deskundigheidsbevorderingstraject*. Dat traject bestaat uit een basis-training, gevolgd door trainingsmodules en teamintervisie gericht op opfrissen en verdiepen van kennis, houding en vaardigheden. Dit alles met een grote nadruk op DOEN (oefenen van houding en vaardigheden).
- *een duidelijke in fasen en tijd afgebakende behandelstructuur*. Onderdeel daarvan vormt de hulpverleningsplanning met evaluatie- en rapportagemomenten en een uitgewerkt rapportageprotocol.
- *een functionele en in concrete taken uitgewerkte samenwerking met de aanmelder*. De aanmelder wordt gezien als opdrachtgever. Daarvan wordt verwacht dat deze bij aanvang van de hulp de gezinsleden en gezinshulpverlener vertelt wat er moet veranderen. Ook wordt verwacht dat hij op evaluatiemomenten aanwezig is om samen met de gezinsleden en gezinshulpverlener het rapport over de bereikte resultaten door te nemen en te beoordelen of deze voldoende zijn of dat er aan sommige doelen verder gewerkt zou moeten worden. Bij afsluiting regelt de aanmelder eventuele vervolghulp.
- *een beperkte betrokkenheid bij de vervolghulp middels een knipkaart*. Bij afsluiting van de hulp ontvangt het gezin van de hulpverlener een knipkaart waarmee het gezin, in overleg met de aanmelder, in een half jaar of een jaar nog een aantal keren een beroep kan doen op Hulp aan Huis. De gezinshulpverlener weet zich daarmee gevrijwaard van een open einde van de hulp; hij of zij is maar beperkt beschikbaar.
- *een geautomatiseerd zorgondersteunend systeem*. Dat systeem (het zogeheten CARE4/KISIT) ondersteunt de gezinshulpverlener in het behouden van overzicht en structuur in het behandelproces. Tevens biedt het systeem overzichten die de teamleider en de gezinshulpverlener gebruiken bij de werkbegeleiding.
- *een evaluatieonderzoeksprotocol*. Het protocol beschrijft de procedure waarmee bij aanvang, afsluiting en *follow-up* door de ouders, aanmelder en gezinshulpverlener een aantal vragenlijsten wordt ingevuld. Doorlopend wordt in het evaluatieonderzoek de hulpverlening getoetst op de vragen: (1) Wordt de doelgroep bereikt zoals bedoeld? (2). Wordt er gewerkt zoals bedoeld? (3) Wat zijn de resultaten in termen van effect en tevredenheid? De gezinshulpverlener gebruikt de gegevens uit de vragenlijsten om samen met de gezinsleden krachten en aandachtspunten te ordenen, doelen, prioriteiten en werkpunten te formuleren en verbeteringen zichtbaar te maken en te expliciteren.
- *een goed secretariaat*. De teams van Hulp aan Huis worden ondersteund door een gespecialiseerd en voldoende toegerust secretariaat.

- *aanvullende expertise*. Naast de teamleider is er bij de psychiatrieteams een (kinder- en jeugd-) psychiater bij de werkbegeleiding van de gezinshulpverleners betrokken.

We hebben gemerkt dat de methodische begeleiding binnen de Nederlandse (jeugd)zorgpraktijk in het vorige decennium nog een betrekkelijk nieuw gegeven was. Vrijwel nergens werd de methodische begeleiding en ondersteuning zo expliciet en organisatorisch gekoppeld aan de behandelmethodiek van de hulpverlener. Uit onze ervaring blijkt dit echter een kritische succesfactor voor het welslagen van het programma. Valt de methodische begeleiding en ondersteuning weg dan verdwijnt de kwaliteit van de hulpverlening ook snel: gezinshulpverleners raken *burned out* en solliciteren of verdwijnen in de ziektewet, de methodiek verwaartert, gezinshulpverleners raken ingezogen in het gezinssysteem, mishandeling en verwaarlozing duren voort, de hulpverlening aan het gezin loopt vast, de tevredenheid van de gezinsleden met de geboden hulp daalt, er is een toename van het aantal klachten.

De Hulp aan Huis modules

Het behandel aanbod binnen de Hulp aan Huis programma's bestaat uit drie hoofdvormen met daarvan afgeleide sectorspecifieke modules (zie www.hulpaanhuis.nl). Figuur 10.1 geeft een overzicht. Een toelichting op de modules is te vinden op www.jeugdinterventies.nl.

	Normaal begaafd (provinciaal gefinancierd)	LVG (IQ 50-85) (AWBZ gefinancierd)	Psychiatrie (AWBZ gefinancierd)	Psychiatrie én LVG (AWBZ gefinancierd)	Justitie (provinciaal en/of AWBZ gefinancierd)
<i>Acute crisis</i>	FF	FF-LVG			
<i>Meervoudige, complexe problematiek / beperking</i>	IPG OVG (Overijssel)	IOG-LVG	IPG OVG (Groningen)	IPG-LVG	IOG-EV
<i>Chronische problematiek / beperking</i>	LOG	LOG-LVG	LPG		

Toelichting afkortingen: FF = Families First, crisis hulp aan huis; FF-LVG = Families First voor Licht Verstandelijk Gehandicapten; IOG = Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling; IOG-LVG = Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling voor Licht Verstandelijk Gehandicapten; IOG-EV = Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling Erger Voorkomen; IPG = Intensieve Psychiatische Gezinsbehandeling; IPG-LVG = Intensieve Psychiatische Gezinsbehandeling voor Licht Verstandelijk Gehandicapten; OVG = Orthopedagogische Videogezinsbehandeling; LOG = Langdurige Orthopedagogische Gezinsbegeleiding; LPG = Langdurige Psychiatische Gezinsbegeleiding; LOG-LVG = Langdurige Orthopedagogische Gezinsbegeleiding voor Licht Verstandelijk Gehandicapten.

Figuur 10.1 Overzicht van Hulp aan Huis modules

De caseload van de hulpverlener en de duur van de gezinsbegeleiding verschilt per variant. Bijvoorbeeld bij Families First heeft een gezinshulpverlener met een dienstverband van 36 uur een caseload van twee gezinnen tegelijkertijd, gedurende vier tot maximaal zes weken. Bij Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling en Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling wordt gewerkt met een caseload van vijf gezinnen tegelijkertijd, gedurende meestal zes maanden, met een maximale verlenging van nogmaals zes maanden.

Het streven is om in alle provincies waar een Hulp aan Huis programma werkzaam is een herkenbaar, sluitend en samenhangend aanbod van intensieve ambulante gezinsbehandeling aan te bieden voor alle gezinnen die hiervan profijt kunnen hebben. De in Nederland bestaande sectorale scheidslijnen mogen daarbij geen belemmering vormen. De uitvoering van de modules gebeurt door verschillende instellingen. Zo zijn in het programma Hulp aan Huis Drenthe GGZ Drenthe en Accare (de Ruyterstee) verantwoordelijk voor de uitvoering van de module IPG, Accare ('t Ruige Veld) voor de module IPG-LVG en is Jeugdzorg Drenthe verantwoordelijk voor de uitvoering van de modules FF, IOG, LOG en IOG-EV en Orthopedagogisch behandelcentrum Dreei voor de uitvoering van de modules FF-LVG en IOG-LVG. De samenwerking tussen deze instellingen is geregeld via een samenwerkingsovereenkomst (Hulp aan Huis heeft geen eigen rechtspersoon). Belangrijk daarbij is dat de deelnemende instellingen gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het programma als totaal. Dit biedt de basis voor een goede zorgprogrammatische samenhang en samenwerking. Maar tevens vergroot deze samenwerking de ontwikkelkracht. De slagkracht in het opzetten van een goede onderzoekslogistiek en een samenwerking met een academische partner voor centrale analyse en rapportage wordt ermee aanzienlijk vergroot. Daarbij kan Hulp aan Huis putten uit het beste (zowel met betrekking tot beschikbare expertise als personele en financiële zaken) wat de verschillende deelnemende instellingen te bieden hebben.

De resultaten van Hulp aan Huis

Uit evaluatieonderzoek naar de behandeluitkomsten van de Hulp aan Huis programma's in Drenthe, Groningen en Overijssel (Ten Brink, Kerkstra, Roosma & Veerman, 2001; Veerman, Janssens & Delicat, 2005; De Meyer & Veerman, 2006, 2007a, 2007b), over de jaren 1997 tot en met 2005, blijkt dat er bij de aanvang van de hulp sprake is van zeer ernstige opgroei- en opvoedingsproblemen. Voorts laat het onderzoek zien dat ruim 95 procent van de kinderen na afsluiting van de hulp nog thuis woont. Ook zien we de gedragsproblemen bij de kinderen verminderen. De ouderlijke stress neemt beduidend af. Tevens is er een hoge tevredenheid bij ouders en aanmelders ten aanzien van de geboden hulp. Bijna honderd procent van hen zou deze vorm van hulp ook anderen aanraden.

Het onderzoek maakt echter ook zichtbaar dat ondanks de vermindering van de ervaren gedragsproblemen en opvoedingsstress, bij een groot aantal gezinnen bij afsluiting van de hulp nog steeds sprake is van aanzienlijke problemen. Deze onderzoeksuitkomsten hebben de laatste jaren geleid tot vormen van langdurige gezinsbegeleiding (zoals LOG, LPG en LOG-LVG). Ook komt uit het onderzoek een groep gezinnen naar voren waarbij Hulp aan Huis geen verbetering sorteert in de als zeer ernstig ervaren opgroei- en opvoedproblemen. Met

deze uitkomsten kon de ontwikkeling van een gezinsdagbehandeling en een gezinskliniek in Noord-Nederland onderbouwd worden. Ook is deze groep gezinnen een voortdurende bron van inspiratie voor de Hulp aan Huis teams om te blijven werken aan het verbeteren van de methodiek.

De kritische succesfactoren van de Hulp aan Huis programma's vertonen veel overeenkomsten met de *What Works*-principes die uit onderzoek naar justitiële interventies naar voren zijn gekomen (deze principes worden hieronder tussen haakjes genoemd; zie ook Van der Laan, 2002):

- de begeleidingsstructuur ten behoeve van gezinshulpverleners, die bestaat uit maandelijks intersectorale intervisie, wekelijkse team- en werkbegeleiding met ondersteuning van teamleiders, gedragswetenschappers, kinder- en jeugdpsychiaters, systeemtherapeuten (professionaliteitsprincipe);
- de functiescholing, trainingen en deskundigheidsbevordering t.b.v. gezinshulpverleners (professionaliteitsprincipe);
- de methodische behandelstructuur en gehanteerde methodieken, vastgelegd in een handleiding (programma-integriteitsprincipe);
- de doel- en resultaatgerichte werkwijze geënt op de risicofactoren die voor de betreffende doelgroepen te onderkennen zijn (behoefteprincipe);
- de mogelijkheid om door stapeling of schakeling van modules de intensiteit van de behandeling af te stemmen op wat er nodig is (risicoprincipe);
- het aansluiten bij krachten en mogelijkheden van jeugdigen en hun ouders (responsiviteitsprincipe).

10.3 Onderzoek als onderdeel van de methodiek

Algemeen

Bij de Hulp aan Huis modules is het verzamelen van onderzoeksgegevens vanzelfsprekend (Ten Brink e.a., 2001). Het maakt daarbij niet uit of deze module een crisisinterventie of behandelmodule is. Evenmin is er verschil tussen de verschillende sectoren. Iedere module kent een vergelijkbare opbouw waarin de momenten van dataverzameling systematisch zijn opgenomen. Het onderzoek is in 1997 gestart en met de bedoeling om richting financiers aan te tonen dat de effecten een structurele plaats van het programma in het intersectorale jeugdzorgaanbod rechtvaardigen (doel: verantwoording). Om deze benodigde gegevens te leveren, stonden de uitvoerend hulpverleners voor de taak om vragenlijsten bij de gezinnen af te nemen die aanwijzingen geven voor de effecten. De opzet daarbij was de lijsten bij aanvang en bij het einde van de hulp in te zetten. Gezinshulpverleners met destijds een projectgebonden aanstelling waren zeer gemotiveerd om het extra werk van het afnemen van de vragenlijsten uit te voeren. Vanaf het begin is vanuit de gedachte 'als het dan toch moet, laten we kijken of het afnemen van vragenlijsten ook nog nuttig kan zijn voor de gezinnen zelf' gezocht naar

zinnvolle gebruiksmogelijkheden van de vragenlijsten in de directe hulpverlening aan het gezin. Gaandeweg ontwikkelde zich bij Hulp aan Huis een onderzoekspraktijk waarbij de benutting van de gegevens van de vragenlijsten in het gezin, voor het bepalen van de werkdoelen en voor het evalueren van de bereikte resultaten steeds meer het eerste doel van het onderzoek werd. Dat gold ook voor de benutting van de jaarlijkse onderzoeksuitkomsten met het team voor het bepalen van de verbeteracties voor het komend jaar. Het evaluatieonderzoek bij Hulp aan Huis wordt nog steeds uitgevoerd, waarbij de doelstelling is verschoven van externe verantwoording naar het werken met vragenlijsten als algemeen werkzame factor in de hulpverlening en benutting van de jaarlijkse onderzoeksuitkomsten met de teams voor verdere professionalisering. Het onderzoek draait om de volgende vragen:

- Wat zijn de kenmerken van de jeugdigen/gezinnen die intensieve ambulante gezinsbehandeling krijgen? Wordt de beoogde doelgroep bereikt?
- Wat zijn de kenmerken van de hulpverlening? Wordt de hulp zo uitgevoerd als bedoeld?
- Wat zijn de uitkomsten van de geboden hulp?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden vullen de ouders de CBCL (*Child Behavior Checklist*; Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996) en de NOSI (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index; De Brock, Vermulst, Gerris & Abidin, 1992) in. Met deze vragenlijsten worden de belangrijkste redenen van aanmelding gemeten: gedragsproblemen van de jeugdigen en ouderlijke opvoedingsbelasting. Invulling van de vragenlijsten geschiedt zowel bij de aanvang van de hulp als bij de afsluiting van de hulp en bij een *follow-up* na zes maanden (we komen daar zo op terug). Door op effectieve en systematische manier gegevens te verzamelen in het hulpverleningsproces worden de gedragsproblemen van de jeugdige en de ouderlijke stress op de genoemde momenten zichtbaar. Daarnaast wordt bij de afsluiting van de hulp ook een vragenlijst naar tevredenheid en verandering afgenomen bij ouders, aanmelders en gezinshulpverleners. Voorheen was dit de Beoordelingslijst voor Tevredenheid en Effect – BESTE (De Meyer, Janssen & Veerman, 2004), sinds kort is dat de zogeheten C-toets (Jumelet, Welling, Jurius & Havinga, 2003). De C-toets is voor gebruik als eindlijst binnen Hulp aan Huis aangevuld met een aantal uit de BESTE overgenomen effectvragen. Jaarlijks wordt er per Hulp aan Huis programma over de onderzoeksuitkomsten van elke module gerapporteerd.

Zoals gezegd, de verzamelde onderzoeksgegevens dienen meerdere doelen. Allereerst is de informatie belangrijk voor medewerkers om zicht te hebben op het verloop van de behandeling. Deze informatie is ook sturingsinformatie voor teamleiders en werkbegeleiders, zoals psychiaters, systeemtherapeuten en psychologen. De laatste groep kan hiermee het behandelplan uitzetten. Ook het management heeft belangen: zij willen informatie over het aantal behandelingen, de behandelduur en het effect van de behandeling. Hiermee kan de behandeling ook naar buitenstaanders, zoals de financiers, verantwoord worden. Ten slotte kunnen de verzamelde gegevens worden gebruikt door wetenschappers die er verschillende hypothesen mee kunnen toetsen. Hier zijn de verschillende cycli te herkennen waarin gegevens over effectiviteit een rol spelen, die eerder in hoofdstuk 4 van dit boek aan de orde kwamen, namelijk: de hulpverleningscyclus, de kwaliteitscyclus en de empirische cyclus.

Het feit dat deze gegevens inmiddels over een reeks van jaren standaard worden verzameld heeft ertoe geleid dat de belangrijkste Hulp aan Huis modules konden worden opgenomen in de meta-analyse van methodieken van Intensieve Pedagogische Thuishulp van Veerman e.a. (2005). Onder de zeventien effectief gebleken methodieken waren echt Hulp aan Huis modules.

Inbedding van het onderzoek

Start

Bij de start van de behandeling worden de CBCL en de NOSI afgenomen. De gezinshulpverlener zet deze lijsten uit bij het gezinssysteem. Na invullen worden de lijsten verwerkt door het cliëntsecretariaat. Daarna worden de uitkomsten van de vragenlijsten door de gezinshulpverlener met het gezin besproken. Het onderzoek komt zo te zeggen terug 'op de keukentafel'. Bekeken wordt of ouders zich in de uitslagen herkennen en of er aanknopingspunten zijn om werkdoelen te stellen (zie hoofdstuk 12 voor een concrete beschrijving van dit proces). Om dit gedegen te doen heeft de gezinshulpverlener de uitkomsten eerst doorgenomen met de betrokken teamleider of gedragswetenschapper die uit hoofde van zijn functie en opleiding de methodische werkbegeleiding van de gezinshulpverlener uitvoert.

De behandeling

De behandeling duurt binnen Hulp aan Huis gemiddeld zes maanden (en bij FF gemiddeld vier weken). In deze tijd worden, geordend aan de hand van de werkdoelen, de concrete hulpverleningsactiviteiten (verrichtingen) gerapporteerd. Dit wordt gedaan door de gezinshulpverlener. De beschikbare interventies staan beschreven in de Handleiding Verrichtingen Intensieve Ambulante Gezinshulpverlening (Ten Brink e.a., 1997). De gezinshulpverlener voert de gegevens in een computerprogramma in (op dit moment is dat CARE4/KISIT). Uiteraard wordt deze rapportage regelmatig door de teamleider en de werkbegeleider gezien zodat deze in de werkbegeleiding aan de orde kan komen.

Afsluiting van de behandeling

Kort voor de afsluiting worden wederom de CBCL en de NOSI afgenomen. Daarnaast wordt de ouders gevraagd een tevredenheidslijst in te vullen. De lijsten worden weer verwerkt door het cliëntsecretariaat en door de gezinshulpverlener besproken met het gezin. Op basis van de uitkomsten kan ook eventuele vervolghulp worden gepland.

Opbrengst

Na elke afgeronde behandeling is de opbrengst een aanvangs- en een afsluitingsmeting met vergelijkbare vragenlijsten en een tevredenheidsmeting. Deze informatie kan weer gebruikt worden voor meerdere doeleinden, zowel ten aanzien van het primaire proces, het management en als onderzoek (zie hiervoor ook de hoofdstukken 4 en 12).

Datamonitoring

Binnen Hulp aan Huis zijn de cliëntsecretariaten de aandachtsfunctionarissen voor de rapportage-, registratie- en onderzoekstaken. Het is hun taak te zorgen voor de tijdige verzameling, verwerking en verzending van de data. Een hulpmiddel hiervoor is een zogeheten ‘datamonitoringslijst’. Met deze lijst kan de aandachtsfunctionaris met een oogopslag zien of de data op het juiste moment zijn verzameld en verwerkt. Op deze wordt aangetekend wat de reden is van het niet invullen van een vragenlijst. Op deze manier wordt informatie over de zogeheten ‘non-respons’ verkregen. De lijst is voor ook de teamleider in te zien zodat die zonedig sturend kan optreden.

Onderzoeksrapportage

De data van een bepaald jaar worden begin van het jaar daarop aangeleverd aan de onderzoekers. Deze produceren een rapportage met de jaarcijfers van het afgelopen jaar. In tabellen staan per module de gegevens over de aanvangs- en afsluitingsmeting tegen elkaar afgezet. Middels verschillende indexen wordt er gerapporteerd over de ernst van de opgroei- en opvoedingsproblemen op beide momenten en over de mate waarin hierin verandering is opgetreden (zie hoofdstuk 17 voor een uitleg over deze indexen, zoals normatieve deviatiescores en effectgroottes, en hoofdstuk 12 over het gebruik van enkele van deze indexen). Er worden conclusies over de respons getrokken en wordt over de tevredenheid per behandelmodule gerapporteerd. De tabellenboeken zijn cumulatief, dat wil zeggen dat de gegevens van alle voorgaande jaren er ook in vermeld staan. Op die manier valt in een oogopslag te zien hoe het verloop is: doen we het dit jaar beter dan voorgaande jaren, zijn er pieken en dalen in de effecten? Zie De Meyer en Veerman (2006, 2007a, 2007b) voor de meest recente tabellenboeken van Hulp aan Huis Groningen, Drenthe en Overijssel.

Terugkoppeling

De programmaleider en/of manager, die tot nu toe op de achtergrond toezicht heeft gehouden op het verloop en de activiteiten van de verschillende functionarissen, komt nu nadrukkelijker in beeld. Aan de hand van het tabellenboek worden conclusies en adviezen geformuleerd die worden teruggekoppeld aan de deelnemende teams en organisaties. Daarnaast rapporteert de programmaleider en/of manager aan belanghebbenden zoals de overheid en financiers.

10.4 Verankering in organisatie en financiering

Voor een succesvolle uitvoering van onderzoek dat is ingebed in het hulpverlenend handelen is het noodzakelijk om een aantal organisatorische randvoorwaarden goed geregeld te hebben. Het gaat hierbij om zaken als: voldoende cliëntsecretariaat voor het verwerken van vragenlijsten, goed werkende software (bijvoorbeeld CARE4/KISIT en BergOp; zie Kroes, 2005), een overeenkomst met een extern onderzoeksbureau voor de onderzoeksmatige ondersteuning, de statistische analyses en het maken van een jaarlijks onderzoeksrapport, functiescholing in het werken met vragenlijsten van de gezinshulpverleners en teamlei-

der/gedragwetenschapper en functiescholing en technische ondersteuning (applicatiebeheer, systeembeheer) van de cliëntsecretariaten bij de verwerking van de vragenlijsten en de registratietaken.

De ontwikkeling en invoering van deze organisatorische randvoorwaarden in een instelling kost veel tijd, geld en energie. Dat geldt zeker voor de opbouwfase. Als alles eenmaal draait, blijft het in stand houden van deze organisatorische randvoorwaarden jaarlijks geld kosten. Projectgebonden financiering is daar – door het tijdelijke karakter – niet geschikt voor. Van groot belang is dat er gewerkt kan worden op basis van een structurele jaarlijks terugkerende financiering. Hiervoor is het nodig dat de directies van de betrokken instellingen bij hun financiers (provincie, zorgkantoor) aannemelijk maken dat het benodigde geld doeltreffend en doelmatig wordt besteed, en dat dit direct ten dienste staat aan de kwaliteitmonitoring en verbetering van de cliëntenzorg. Bij financiering van het Hulp aan Huis onderzoek hebben we gemerkt dat als door directie en management van de uitvoerende instelling aannemelijk gemaakt wordt dat het onderzoek is verankerd in de methodiek *en* dat de onderzoeksrapporten jaarlijks gebruikt worden voor de verdere professionalisering van de hulp, financiers geen enkel probleem hebben met het in de productprijs financieren van de benodigde organisatorische randvoorwaarden. De benutting van het onderzoek voor de externe verantwoording wordt door de meeste financiers gezien als een aardige bijkomstigheid. Ditzelfde geldt ook voor de benutting van de onderzoeksuitkomsten voor verder wetenschappelijk onderzoek en theorievorming. Daarbij komt dat bij de Hulp aan Huis programma's gebleken is dat het uitvoeren van het onderzoek vooral inhoud dat al bestaande werkzaamheden op het gebied van registratie, rapportage, functiescholing en werkbegeleiding slechts *anders* worden georganiseerd dan tot dan toe het geval was. Het gaat dus niet eens om *meer* werk, maar vooral om een aantal werkzaamheden *anders* te gaan doen. Daardoor kan voor de financiering van het onderzoek volstaan worden met slechts een kleine verhoging van de productprijs.

Verankering in de kostprijs van de hulpverlening (productprijs)

In meerdere provincies heeft dit ertoe geleid dat de kosten voor de intensieve ambulante gezinsbehandeling volgens de ontwikkelde werkwijze zijn opgenomen in een, binnen de provinciale jeugdzorg en de AWBZ geaccepteerd, kostprijsmodel en interne begrotings- en rekeningssystematiek (Roosma, 2000; Wijgengangs, 2002, 2006).

Om binnen het programma voldoende grip te kunnen houden op financiële en organisatorische *planning and control* die dit met zich meebrengt is er een interne kostprijsystematiek ontwikkeld die vertaald kan worden naar de verschillende sectorgebonden financieringssystematieken en het tevens mogelijk maakt om bij groei (of krimp) precies te bepalen hoeveel capaciteit moet worden ingezet om de hulp en het onderzoek met voldoende kwaliteit goed draaiende te houden. Hoe deze interne kostprijsberekening bij Hulp aan Huis eruit ziet zal worden geïllustreerd en toegelicht aan de hand van de kostprijs van IOG in 2005 (zie ook figuur 10.2 op de volgende pagina).

PRODUCTINFORMATIE EN KOSTPRIJS			Aantal Productieafpraak	
1. Hulpverleningsproduct module:		IOG	80	
2. Gemiddelde aantal <i>face-to-face</i> -uren per jaar per cliënt:		90,0		
3. Direct uitvoerende:		Gezinshulpverlener hbo+		
4. Gemiddelde jaarproductie per formatieplaats direct uitvoerende:		10		
5. Kosten per formatieplaats direct uitvoerende op jaarbasis:		€ 103.000,-		
6. Gemiddelde kostprijs per productie-eenheid:		€ 10.300,-		
Interne begroting per formatieplaats uitvoerend werk – jaar				
		Bedrag per formatieplaats uitvoerend hulpverlener in Euro's		
Kostenposten	Fte		Inzet fte	Kosten in Euro's
A. Personeelskosten				
1. Direct uitvoerende (gezinshulpverlener IOG)	1,00	51.200,-	8,00	409.600,-
2. Supervisor/gedragswetenschapper	0,07	4.200,-	0,56	33.600,-
3. Kinder- en jeugdpsychiater	0,00	0,-	0,00	0,-
4. Stagiaire	0,20	1.100,-	1,60	8.800,-
5. Cliëntsecretariaat	0,10	3.600,-	0,80	28.800,-
6. Kosten van vervoer (reiskosten)		4.700,-		37.600,-
7. Sociaal beleid		2.300,-		18.400,-
8. Opleiding & Ontwikkeling		2.800,-		22.400,-
9. Kwaliteit & Onderzoek (incl. Resultaatgericht Meten)		1.200,-		9.600,-
<i>Subtotaal A</i>		71.100,-		568.800
B. Overhead				
1. Teamleiding	0,08	4.700,-	0,64	37.600,-
2. Directie/klachtencie/OR/RvT/Communicatie		3.700,-		29.600,-
3. Management (incl. programmaleiding IOG)		6.300,-		50.400,-
4. Financiën		1.400,-		11.200,-
5. Personeel en organisatie		2.800,-		22.400,-
6. Automatisering		2.200,-		17.600,-
7. Facilitaire dienst		1.500,-		12.000,-
<i>Subtotaal B</i>		22.600,-		180.800,-
C. Apparaatskosten				
1. Bureaunkosten		2.900,-		23.200,-
2. Algemene kosten		300,-		2.400,-
<i>Subtotaal C</i>		3.200,-		25.600,-
D. Huisvestingskosten				
1. Huisvestingskosten		6.100,-		48.800,-
2. Afschrijvingen/rentelasten		0,-		0,-
<i>Subtotaal D</i>		6.100,-		48.800,-
E. Verzorgingskosten				
1. Directe kosten verzorging		0,-		0,-
2. Onderwijskosten jeugdigen		0,-		0,-
<i>Subtotaal E</i>		0,-		0,-
Totaalbedrag per formatieplaats uitvoerend hulpverlener		€ 103.000,-		
Totaal productieafpraak			€ 824.000,-	

Figuur 10.2 Interne begroting en kostprijs van de module IOG

Als kostendrager is de gezinshulpverlener IOG genomen: alle te maken kosten worden toegekend aan een fte (*fulltime*-eenheid = 36 uur per week) gezinshulpverlener. Zo is in het voorbeeld te zien dat er per fte gezinshulpverlener 0,07 fte gedragswetenschapper, 0,08 fte teamleider en 0,10 fte cliëntsecretariaat nodig is. Voor Opleiding en Ontwikkeling is per fte 2.800 euro nodig. Uit dit bedrag worden onder meer de basisopleiding, de organisatie en uitvoering van opfris- en verdiepingstrainingen en de landelijke Hulp aan Huis dag gefinancierd. Voor Kwaliteit en Onderzoek is per fte 1.200 euro nodig. Uit dit bedrag worden ondermeer de aanschaf en licentiekosten voor software, het applicatiebeheer, ondersteuning en opleiding van de cliëntsecretariaten en de inzet van de onderzoekers van het externe onderzoeksbureau (circa 300 euro per fte) gefinancierd. Bij productinformatie en kostprijs worden een aantal algemene parameters aangegeven zoals: de gemiddelde productie in aantal gestarte (of afgeronde) gezinsbehandelingen per jaar per fte gezinshulpverlener; het gemiddelde aantal uren *face-to-face* contact per afgeronde gezinsbehandeling; de totale kosten van een fte gezinshulpverlener per jaar (de productie-eenheid); de gemiddelde kosten van een afgeronde gezinsbehandeling. Met deze parameters kan gemakkelijk de vertaling gemaakt worden naar in de verschillende sectoren gehanteerde financiersystemen.

Aan de rechterkant in het voorbeeld is te zien hoeveel middelen (en fte's) er in 2005 nodig zijn om met voldoende kwaliteit een productieafpraak voor tachtig gezinsbehandelingen IOG per jaar uit te kunnen voeren. Zo is te zien dat hiervoor acht fte gezinshulpverlener, 0,56 fte gedragswetenschapper en 9.600 euro voor Kwaliteit en Onderzoek nodig zijn. Binnen het benodigde budget voor Kwaliteit en Onderzoek is 2.400 euro nodig om Praktikon te kunnen betalen voor voldoende onderzoekersuren.

Het uitgangspunt bij IOG zijn de salarisschalen volgens de CAO Jeugdzorg. In de berekening van bijvoorbeeld de interne kostprijs van IPG wordt de CAO GGZ als uitgangspunt genomen. De systematiek blijft verder gelijk aan die van het voorbeeld van IOG.

Sommige kosten worden door de in Hulp aan Huis deelnemende instellingen samen opgebracht. Een voorbeeld daarvan zijn de kosten voor de inzet van onderzoekers van het externe onderzoeksbureau. Voor Hulp aan Huis Drenthe bedragen die in 2005 circa 15.000 euro. Op basis van de interne kostprijsystematiek wordt dit bedrag omgeslagen op het totale aantal fte gezinshulpverleners die in 2005 uitvoering geven aan de verschillende modules van Hulp aan Huis Drenthe. Verrekening vindt vervolgens plaats op basis van het aantal ingezette fte gezinshulpverleners per deelnemende instelling. Simpel kan het volgens ons niet.

10.5 Aandachtspunten

Motivatie

Motivatie is de belangrijkste voorwaarde om het boven beschreven proces van dataverzameling goed te kunnen uitvoeren. Wanneer het belang niet wordt ingezien of begrepen zal de respons heel snel onder de kritische grens zakken. Bij een respons onder de zestig procent is

de waarde van de gegevensverzameling twijfelachtig. Binnen Hulp aan Huis streven we naar minimaal tachtig procent. De motivatie dient door iedereen gevoeld te worden. Voor gezinnen en gezinshulpverleners betekent dit dat de lijsten die ze moeten invullen direct nuttig zijn in de behandeling. De gekozen lijsten moeten dus passen bij de doelgroep en de behandeling. Voor behandelaars moet de verzamelde informatie voldoende inzicht opleveren om het behandelplan adequaat op te stellen. Managers willen graag informatie waarmee ze kunnen beoordelen of de ingezette behandeling effectief is. Effectrapportages leveren hen managementinformatie op met gegevens over onder meer het aantal behandelingen, de behandelduur en de kosten. Hiermee kunnen ze hun organisatie professionaliseren en profileren.

Gewoon doen

Maak van onderzoek niets speciaals. Het moet door iedereen gewoon worden gevonden dat je iets kunt zeggen over het effect van een behandeling. Effectmetingen worden daarmee dagelijkse gewoonte en niet langer iets dat ver van de praktijk in universiteiten plaatsvindt. Het verzamelen van de benodigde informatie is daarmee onderdeel van het gewone methodische handelen. Naast conclusies over het effect willen organisaties soms iets weten over hun doelgroep, de werkzame interventies of de doorloopsnelheid. Dit zijn specifieke en dus tijdelijke onderzoeksvragen. Deze kunnen extra werk in de vorm van aanvullende vragenlijsten of interviews opleveren.

Goede software

Als men zo met onderzoek gaat werken als bij Hulp aan Huis, wordt de behoefte aan goed werkende software voor verwerking, uitwisseling en datamonitoring snel door alle partijen (gezinshulpverleners, teamleiders, cliëntsecretariaten en onderzoekers) gevoeld. Zo zijn we vanuit de Hulp aan Huis programma's actief betrokken bij de ontwikkeling van CARE4/KISIT en de ontwikkeling van het invoerprogramma voor vragenlijsten en onderzoeksdatabase BergOp. Deze software heeft de afgelopen jaren de efficiëntie van het logistieke proces van het onderzoek aanzienlijk verbeterd. Profielen en jaarlijkse onderzoeksrapporten komen hierdoor steeds sneller voor gebruik beschikbaar. Toch hebben we het gevoel dat de software ons nog veel beter kan gaan helpen, met in de toekomst wellicht internetapplicaties en de mogelijkheid om zelf standaardoverzichten te produceren.

10.6 Besluit

In dit hoofdstuk is de organisatie en financiering van onderzoek beschreven binnen het samenwerkingsverband Hulp aan Huis. Het gegeven dat Hulp aan Huis geen zelfstandige organisatie is, brengt zowel mogelijkheden als beperkingen met zich mee. Maar het is in ieder

geval geen beletsel om gedegen effectonderzoek te verrichten. Hiermee kan Hulp aan Huis een voorbeeld zijn voor kleine organisaties die elk apart zich geen onderzoekspraktijk kunnen veroorloven maar in samenwerking met partners wel mogelijkheden zien. Dat praktijk en wetenschap samen kunnen gaan, blijkt uit de ervaringen binnen Hulp aan Huis. Met goed gekozen instrumenten, welke gebruikt kunnen worden binnen een financieel gezond organisatorisch kader, profiteren beiden.

De huidige trend in het overheidsbeleid om de concurrentie op volume en prijs tussen zorgaanbieders in de jeugdzorg te stimuleren omwille van het bereiken van 'meer keuzevrijheid voor de cliënt' zet intersectorale samenwerkingsinitiatieven zoals als Hulp aan Huis, gericht op het bereiken van meer samenhang en effectiviteit, wel onder druk. Deze Hulp aan Huis initiatieven zijn immers gericht op het delen van kennis teneinde voor cliënten een zo doeltreffend en doelmatig mogelijke zorg te bieden en ervoor te zorgen dat er in een regio een sluitend aanbod is gerealiseerd. Concurrentie kan daarentegen zorgaanbieders ertoe aanzetten kennis voor zichzelf te houden en juist niet te delen. In een aantal provincies, waaronder in Drenthe en Overijssel, zoeken de zorgaanbieders naarstig naar manieren om dergelijke negatieve concurrentie om te buigen naar een vorm van gezonde competitie, gericht op het leveren van de meest doeltreffende (effectieve) zorg op een zo doelmatig mogelijke (kosteneffectieve) wijze. In Drenthe is door de zorgaanbieder Jeugdzorg Drenthe en bureau jeugdzorg Drenthe op basis van de onderzoekservaring bij Hulp aan Huis een model van systematisch meten en volgen van de effecten van de geboden jeugdzorg ontwikkeld. Vanaf 2006 is bij deze voorzieningen de zogeheten monitor Resultaatgericht Meten ingevoerd (Roosma, Veerman & Van Yperen, 2005) voor alle eerste indicatiebesluiten van bureau jeugdzorg en alle door Jeugdzorg Drenthe geleverde zorg. De eerste effectrapporten over het jaar 2006 (De Meyer, Veerman, Roosma, De Jong & Rijks, 2007; De Meyer, Veerman, Roosma, Sipma, Scholte & Van Iddekinge, 2007) laten zien tot welke zorginhoudelijke sturingsinformatie dit kan leiden. Het laat ook zien hoe deze informatie bij bureau jeugdzorg en zorgaanbieders op cliënt- en instellingsniveau te benutten is voor verantwoording en verbetering van de zorg (Roosma, 2007). In Overijssel wordt in het kader van Hulp aan Huis een kwaliteitskeurmerk ontwikkeld (Tönjes & Wijgergangs, 2007). Dit keurmerk maakt het mogelijk om binnen de provincie onderscheid te maken tussen aanbod met en zonder keurmerk en een relatie te leggen tussen de doeltreffendheid en doelmatigheid van de door de verschillende zorgaanbieders geboden hulp.

10.7 Bronvermelding

- Brink, T. ten, Kerkstra, G., Roosma, D. & Veerman, J.W. (2001; Red.). *Het onderzoek IAG (Deel 1 en 2)*. Assen: Hulp aan Huis.
- Brink, L.T. ten, Veerman, J.W., Berger, M. e.a. (1997). *Handleiding verrichtingen Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling*. Utrecht: NIZW.
- Brock, A.J.L.L. de, Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M. & Abidin, R.R. (1992). *NOSI. Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Handleiding experimentele versie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kroes, G. (2005). *Handleiding BergOp*. Nijmegen: Praktikon.
- Laan, P. van der (2002). Over straffen, effectiviteit en erkenning. De wetenschappelijke onderbouwing van preventie en strafrechtelijke interventie. *Justitiële Verkenningen*, 30, 31-48.

- Meyer, R.E. de, Janssen, J. & Veerman J.W. (2004). *Handleiding beoordelingsschaal tevredenheid en effect (BESTE)*. Nijmegen: Katholieke Universiteit, ACSW / Praktikon.
- Meyer, R.E. de & Veerman, J.W. (2006). *Resultaten Hulp aan Huis Overijssel. Tabellenboek 2005*. Nijmegen: Praktikon.
- Meyer, R.E. de & Veerman, J.W. (2007a). *Resultaten Hulp aan Huis Groningen*. Nijmegen: Praktikon.
- Meyer, R.E. de & Veerman, J.W. (2007b). *Resultaten Hulp aan Huis Drenthe. Tabellenboek 2006*. Nijmegen: Praktikon.
- Meyer, R.E. de, Veerman, J.W., Roosma, A.H., Sipma, M., Scholte, A. & Iddekinge, J. van (2007a). *Effectrapport BJZ Drenthe 2006, ontwikkeling van een model*. Nijmegen / Assen: Praktikon / BJZ Drenthe.
- Meyer, R.E. de, Veerman, J.W., Roosma, A.H., Jong, A. & Rijks, K. de (2007b). *Effectrapport Jeugdzorg Drenthe 2006, ontwikkeling van een model*. Nijmegen / Papenvoort: Praktikon / Jeugdzorg Drenthe.
- Roosma, A.H. (2000). *Het projectplan Hulp aan Huis Twente*. Assen: Uitgeverij Hulp aan Huis.
- Roosma, A.H., Veerman J.W., Yperen, T.A. van (2005). *Het monitoringsysteem Resultaatgericht Meten. Systematisch meten en volgen van de effectiviteit van de geboden jeugdzorg*. Assen / Papenvoort: BJZ Drenthe / Jeugdzorg Drenthe.
- Roosma A.H. (2007). *Resultaatgericht meten bij BJZ en Zorgaanbieders in de jeugdzorg, jeugd-GGZ, jeugd-LVG en JJI. Systematisch meten en volgen van de effectiviteit van de geïndiceerde en geboden jeugdzorg en het benutten van de uitkomsten*. Assen/Papenvoort: BJZ Drenthe/Jeugdzorg Drenthe.
- Jumelet, H., Welling, M., Jurius, K. & Havinga, L (2003). *Verantwoording C-toets*. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Tönjes, J.F. & Wijggangs, W.G.M.A.M. (2007, in druk). *Hulp aan Huis als kwaliteitsconcept: een praktisch instrument*. Zwolle / Oldenzaal: Hulp aan Huis.
- Veerman, J.W., Janssens, J.M.A.M. & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp. Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 25, 176-196.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit / Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Wijggangs, W.G.M.A.M. (2002). *Het projectplan Hulp aan Huis West Overijssel*. Zwolle: Hulp aan Huis.
- Wijggangs, W.G.M.A.M. (2006). *Het projectplan Hulp aan Huis Utrecht*. Lichtenvoorde: Forium.

Hoofdstuk 11. Scholing voor professionele omgang met onderzoeksinstrumenten

Ger Kerkstra

11.1 Inleiding

Hulp aan Huis Groningen

Centraal in dit hoofdstuk staan de scholing en ondersteuning van de ambulante gezinshulpverleners die in de praktijk met vragenlijsten werken om daarmee de resultaten van hun handelen zichtbaar te maken. Vertrekpunt is de uitvoeringspraktijk van het intersectorale Hulp aan Huis programma voor intensieve ambulante gezinsbehandeling in Groningen. Zoals in hoofdstuk 10 is beschreven, is Hulp aan Huis is een intersectoraal programma voor intensieve ambulante gezinsbehandeling voor gezinnen in crisis, gezinnen met ernstige opvoedingsproblemen en multiprobleemgezinnen. Een belangrijke doelstelling van Hulp aan Huis is het voorkomen of verkorten van uithuisplaatsingen. In de provincie Groningen werken drie organisaties nauw samen aan een hulpaanbod voor meerdere doelgroepen. De *Base Groep* draagt binnen dit programma zorg voor de jeugdhulpverleningmodules Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) en Families First (FF). De *GGZ* zorgt voor de uitvoering van de module Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG). *Driever's Dale* biedt de modules Families First voor licht verstandelijk gehandicapten (FF-LVG) en Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling voor licht verstandelijk gehandicapten (IOG-LVG). Er werken in totaal dertig gezinshulpverleners in het programma. Per jaar worden ongeveer 200 gezinnen behandeld.

De behoefte aan scholing

De noodzaak tot scholing en ondersteuning van gezinshulpverleners diende zich in 1997 aan toen Hulp aan Huis Groningen ging participeren in het praktijkgestuurde effectonderzoek naar Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (Ten Brink, Kerkstra, Roosma & Veerman, 2001; De Meyer & Veerman, 2004). Dit onderzoek wordt nog steeds uitgevoerd. Om effecten te kunnen vaststellen vullen de ouders de CBCL (*Child Behavior Checklist*; Verhulst, Van de Ende & Koot, 1996) en de NOSI (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index; De Brock, Vermulst, Gerris & Abidin, 1992) in (zie ook hoofdstuk 10). Hiermee komen respectievelijk de aard en ernst van de gedragsproblemen en de opvoedingsbelasting in beeld. Beide spelen in de aanmeldingsredenen meestal een prominente rol. Invulling van de vragenlijsten geschiedt zowel bij de aanvang van de hulp als bij de afsluiting van de hulp en bij een *follow-up* na zes maanden. Van meet af aan was duidelijk dat het werken met vragenlijsten in het primaire proces

deel uit ging maken van het hulpverlenend handelen. De vragenlijsten worden ingezet en benut op de verschillende momenten in de hulpverleningscyclus (zie hoofdstuk 4) om ook op microniveau de resultaten van de hulp te meten. Gezinshulpverleners leren op deze manier te reflecteren op hun werk. Dit vraagt om voortdurende scholing en ondersteuning. Want hoe gebruik je de vragenlijsten zinvol in het hulpverleningsproces? Hoe past effectonderzoek daarin?

De focus van dit hoofdstuk

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de noodzaak van het gebruik van vragenlijsten in het Hulp aan Huis programma en krijgt de praktijk van scholing en ondersteuning aandacht. Eerst komt kort de opbouw van de opleiding van de gezinshulpverleners aan bod. Daarna wordt ingegaan op de inpassing van de vragenlijsten in het primaire proces en de wijze waarop de hulpverleners worden ondersteund bij het leerproces dat voor een goede inpassing nodig is.

11.2 Scholing als onderdeel van het programma Hulp aan Huis

Naast het uitvoeren van gezinsbehandelingen maken scholing, deskundigheidsbevordering en onderzoek een belangrijk deel uit van het Hulp aan Huis programma. Zo krijgt iedere gezinshulpverlener van meet af aan functiescholing. De gezinshulpverleners van IOG en OVG volgen eerst de tiendaagse post-hbo-opleiding Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling van de Noordelijke Hogeschool in Leeuwarden. De gezinshulpverleners van Families First volgen een zesdaagse basistraining, verzorgd door Collegio in Utrecht. Daarna kan men deelnemen aan het interne programma deskundigheidsbevordering voor Hulp aan Huis Noord-Nederland (Hulp aan Huis Groningen, Drenthe en Friesland). Hierin worden allerlei verschillende korte trainingen op maat aangeboden, onder andere ‘Werken met vragenlijsten’, om de gezinshulpverleners verder te ondersteunen in het uitoefenen van hun vak. Teamoverleg en individuele werkbegeleiding completeren het beeld. Zo wordt de gezinshulpverlener stapsgewijs vakbekwaam in het uitvoeren van de gezinsbehandeling volgens de werkwijze van Hulp aan Huis.

11.3 Het nut van vragenlijsten voor het primaire proces

De komst van intensieve ambulante gezinsbehandeling, deels als vervanging van residentiële en dagbehandeling, bracht de vraag met zich mee hoe de diagnostiek binnen deze module vorm te geven en hoe de gezinshulpverleners hiervoor toe te rusten. Bij residentiële en dagbehandeling is een geheel team verantwoordelijk voor de observatie, diagnostiek en de behandeling van de kinderen/jeugdigen in de groep. Daarnaast ziet de teamleider of de gedragswetenschapper het kind/de jeugdige en de ouders regelmatig. Bij de intensief ambulante

vormen van hulp ontbreekt dit alles. De ambulante gezinshulpverlener klaart de klus alleen, vaak op grote afstand van de kantoorlocatie. Vakmanschap van de gezinshulpverlener is dan ook van groot belang om een juiste afweging te maken van risico- en beschermende factoren en om een werkbaar hulpverleningsplan met de gezinsleden op te stellen en te onderbouwen.

Naast de informatie van de plaatser, de eigen observaties van de gezinshulpverlener tijdens een gezinsbezoek en de gesprekken met ouders en kinderen zijn ook vragenlijsten een belangrijke informatiebron. De ernst en de complexiteit van de problematiek en de beschermende factoren worden hiermee vastgesteld en de uitkomsten worden ook daadwerkelijk benut voor de hulpverlening. De vragenlijsten worden bij de aanvang van de hulp aan de ouders verstrekt. In het eerste hulpverleningsplan (op te stellen binnen zes weken na aanvang van de hulp) vindt een integratie plaats van de uitkomsten van de gesprekken, de wensen van de gezinsleden, de observaties en analyse van de gezinshulpverlener en de gegevens uit de vragenlijsten. Zo ontstaat een werkbaar en onderbouwd hulpverleningsplan dat aansluit bij de vraag van het gezin, dat richtlijnen bevat tot handelen en dat een praktische uitwerking geeft van het indicatiebesluit van het bureau jeugdzorg. Vragenlijsten kunnen een belangrijke bijdrage leveren bij het onderbouwen en het evalueren van dit hulpverleningsplan.

Daarnaast bieden de uitkomsten van de vragenlijsten voor de gedragswetenschapper of werkbegeleider belangrijke handvatten bij het geven van werkbegeleiding, het beoordelen van een hulpverleningsplan en het inzetten van geschikte middelen. Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van zeer veel opvoedingsstress kijkt de gedragswetenschapper met de gezinshulpverlener mee of er voldoende balans is tussen het aantal gestelde doelen en de haalbaarheid ervan. Misschien moet er eerst zorgverlening in het kader van taakverlichting worden ingezet. Daarnaast krijgt de gedragswetenschapper beter zicht op de ernst en de complexiteit van de problemen, de krachten en het functioneren van het gezin. Zo kunnen gezinnen met complexe problemen beter worden gevolgd. Ook kan de gedragswetenschapper samen met de gezinshulpverlener hypothesen formuleren die vervolgens weer aan de gezinsleden worden voorgelegd.

Verrassenderwijs bleken de vragenlijsten, nog afgezien van hun diagnostische betekenis, ook een buitengewoon effectief communicatiemiddel. Door de uitkomsten met de ouders te bespreken, voelen zij zich erkend in hun problemen en beperkingen en wordt ook zichtbaar dat niet alles een probleem is. Het formuleren van krachten en aandachtspunten uit de profielen van de vragenlijsten deed zijn intrede en dit werd weer benut bij het stellen van doelen of het onderbouwen daarvan. Ook bij het beëindigen van de hulp worden ouders direct betrokken bij het vergelijken van de profielen bij aanvang en afsluiting van de hulp. Dit is een belangrijk moment. Er wordt doorgevraagd en uitvergroot hoe het ouders gelukt is de problemen en opvoedingsstress te reduceren. Ouders worden op deze manier nadrukkelijk betrokken bij het slagen of falen van de hulp. Dit is een belangrijke reden geweest om het gebruik van de onderzoeksuitkomsten expliciet op te nemen in de criteria voor een *best research practice* (zie paragraaf 3 van hoofdstuk 5).

Een aantal voordelen van het gebruik van vragenlijsten op een rij (zie ook Van Vugt & Berger, 1999):

- Vragenlijsten vormen een effectieve en efficiënte manier om informatie te verzamelen.

- De vragenlijsten leveren scores op die ons iets vertellen over de ernst en de complexiteit van de problematiek.
- Via het invullen van de vragenlijsten blijken ouders vaak informatie te geven die op andere wijze niet of moeilijk achterhaald wordt.
- Het gebruik van vragenlijsten helpt de gezinshulpverlener om systematisch informatie te verzamelen waarmee de invloed van persoonlijke stokpaardjes en blinde vlekken beperkt blijft.
- De uitkomsten van de vragenlijsten kunnen meegenomen worden in het stellen van doelen of het onderbouwen ervan.
- Aan het eind wordt zichtbaar of de problemen en de ouderlijke stress voldoende zijn afgenomen.
- Onderlinge communicatie (met ouders, met collega's) wordt bevorderd.

11.4 De inbedding in de praktijk

Organisatorische randvoorwaarden

Het benutten van vragenlijsten gaat in de praktijk niet vanzelf. Niet elke gezinshulpverlener ziet dit als onderdeel van zijn vak; werken met vragenlijsten zit noch in hun initiële (hbo-) opleiding noch in voortgezette (post-hbo- / wo-) opleiding. Dit betekent dat de organisatie zelf op dit punt veel moet investeren. Een stimulerende, motiverende en ondersteunende context is een voorwaarde. Zowel in hoofdstuk 5 als in hoofdstuk 10 en 12 wordt beschreven wat hiervoor nodig is. Bij Hulp aan Huis Groningen zijn in dat kader de volgende stappen gezet.

1. Allereerst staat in de vacaturebeschrijving en het functieprofiel van de gezinshulpverlener dat werken met vragenlijsten en taken ten behoeve van onderzoek behoort tot de werkzaamheden.
2. Tijdens de sollicitatiegesprekken komt het onderwerp expliciet aan de orde. Hiermee wordt bij de toekomstige gezinshulpverlener een eerste toets uitgevoerd op de aanwezige houding en competenties – waaronder de bereidheid om aan onderzoek mee te doen. Zo wordt bijvoorbeeld gevraagd of de sollicitant al eerder in aanraking is geweest met het werken met vragenlijsten en hoe dit benut werd in de praktijk. Ook komt aan de orde hoe de sollicitant ouders denkt te motiveren voor het invullen van de lijsten en wat de leerpunten van de sollicitant op het gebied van werken met vragenlijsten zijn.
3. Daarna maakt het werken met vragenlijsten deel uit van het inwerkprogramma of de inservicetraining van de afdeling. Binnen vier weken na de start bij Hulp aan Huis heeft een gezinshulpverlener altijd een gesprek hierover met de gedragswetenschapper. Komen in korte tijd meerdere gezinshulpverleners in dienst, dan wordt aanbevolen dit groepsmatig te doen. Voordelen hiervan zijn: meer uitwisseling en de mogelijkheid om te oefenen. Het scheelt natuurlijk ook tijd. Aan de orde komen onderwer-

pen als: wat behelst het onderzoek en waarom is het nuttig, een korte uitleg van de vragenlijsten en de introductie ervan in het gezin. De ervaring leert dat nieuwe gezinshulpverleners behoefte hebben aan een beknopte uitleg en heldere instructies om de eerste weken goed door te komen; er komt veel op ze af. Later past meer uitleg en verdieping. Het is van groot belang om gezinshulpverleners vanaf het begin te motiveren en het nut van het werken met vragenlijsten te laten zien. Zo werkt het stimulerend om bij het eerste gesprek met de gezinshulpverlener al een profiel van de CBCL en de NOSI te laten zien van zowel de aanvang als het succesvolle einde van een hulpverleningstraject. Ook is het zinvol de resultaten van de betreffende module over de laatste jaren te tonen. De gezinshulpverlener ziet het resultaat ervan direct. Ook wordt duidelijk dat dit voortaan deel uit maakt van het werk. Het werken met vragenlijsten krijgt direct een vervolg in de werkbegeleiding of de teamvergadering wanneer de eerste CBCL- en NOSI-profielen van de gezinsleden binnenkomen. De globale interpretatie hiervan komt aan de orde, evenals de wijze waarop de uitkomsten met de gezinsleden besproken worden. Dit is voldoende voor het inwerkprogramma.

4. Wanneer de gezinshulpverlener klaar is met de functiescholing in de basismethodiek volgt een periode van consolidatie, verdieping en verbreding van de benodigde kennis, houding en vaardigheden. In deze fase volgt een gezinshulpverlener verplicht de training 'Werken met vragenlijsten'. De gedragswetenschapper en een ervaren gezinshulpverlener geven deze training, soms op locatie – afhankelijk van het aantal deelnemers – maar in elk geval een of twee keer per jaar, voor de betreffende gezinshulpverleners van Hulp aan Huis Groningen en Drenthe.

Training

Het doel van de training is het kunnen benutten van de CBCL- en de NOSI-profielen bij het verhelderen van de hulpvraag en stellen of het onderbouwen van de werkdoelen. De volgende vaardigheden worden getraind: het introduceren van de CBCL/NOSI bij de ouders, het analyseren van het CBCL-/NOSI-profiel en de uitkomsten van de vragenlijsten bespreken met de ouders in relatie tot de hulpvraag en de doelen. De training zelf is een levendig gebeuren en er wordt voortdurend geoefend met rollenspellen aan de hand van een casus. Ook kunnen gezinshulpverleners 'eigen' profielen waar ze vragen over hebben meenemen. De meeste gezinshulpverleners hebben al een tijdje onder begeleiding gewerkt met de vragenlijsten. Nu is er meer aandacht voor verdieping en zijn er veel vragen. Nadat het doel van de training duidelijk is gemaakt, wordt gestart met een *warming-up*. Aan het eind is er een evaluatie.

Warming-up

Tijdens de *warming-up* worden kaartjes uitgedeeld waarop uitspraken staan. De deelnemers kunnen hier kort op reageren. Enkele voorbeelden:

- Mijn gedragswetenschapper heeft de handleiding van de CBCL op het bureau liggen.
- Ik bespreek altijd de uitkomsten van de lijst met de ouders.
- Ik bereid mijn gesprek over de uitkomsten goed voor.

- Het lukt mij goed de lijsten te interpreteren.
- De gezinsleden kijken uit naar de uitkomsten.
- Het lukt mij goed de uitkomsten te bespreken.
- Het secretariaat voert de lijsten snel in.
- Aan de uitkomsten zie ik of de behandeling succesvol is.

Aan het einde van de dag worden de kaartjes opnieuw besproken tijdens de *cooling-down*. Opvallend is dat de gezinshulpverleners na een dag training de meerwaarde van de training aan de hand van de kaartjes goed kunnen benoemen. In een aantal gevallen is de attitude in positieve zin gewijzigd.

Introductie van de CBCL/NOSI bij de ouders

Doel van dit onderdeel van de training is dat de deelnemers de vragenlijsten kunnen introduceren bij de ouders. De deelnemers oefenen in kleine groepjes in een rollenspel hoe de vragenlijsten geïntroduceerd worden bij de ouders. Vooraf wordt gebrainstormd over belangrijke aandachtspunten. De volgende stappen zijn hierbij van belang (zie onder anderen Van Vugt & Berger, 1999):

- Vraag medewerking aan de ouders en leg kort uit wat de lijst meet.
- Formuleer een 'waarom'.
- Sluit aan bij het taalgebruik van de ouders.
- Geef aan hoeveel tijd het kost om de lijst in te vullen.
- Geef informatie over wat er na het invullen van de lijst gebeurt en hoe men iets te horen krijgt over de uitkomsten.
- Neem na de toelichting eventueel de eerste vragen door en check of het duidelijk is voor de ouders.
- Spreek af wanneer de lijst ingevuld is.
- Bedank voor de medewerking en geef aan wanneer ouders de uitkomsten horen.

Tijdens het terugbespreken van deze oefening komt ook aan de orde dat het soms helpend is om samen met de ouders de vragenlijsten in te vullen. Dit speelt met name een rol wanneer de ouders de vragen onvoldoende begrijpen.

Analyseren van de CBCL-/NOSI-profielen

Doel van dit onderdeel is: de deelnemers kunnen de CBCL-/NOSI-profielen analyseren in krachten en aandachtspunten en weten hoe de profielen gebruikt worden voor hulpvraagverheldering of bij het stellen of onderbouwen van de doelen. De deelnemers analyseren in kleine groepjes het CBCL- en/of NOSI-profiel aan de hand van een casus. De volgende stappen worden gezet:

- Stel de ernst van de problematiek vast en maak een lijstje met krachten en aandachtspunten van het profiel.
- Vergelijk dit lijstje met de aanmeldingsgegevens van de casus. Komen de uitkomsten van de vragenlijsten overeen met de aanmeldingsgegevens of leveren ze nieuwe, aan-

vullende gegevens op waar nog aandacht voor moet zijn om de hulpvraag verder te verhelderen? Onderbouwen de uitkomsten de doelen voldoende? Stel hypothesen op.

- Welke punten zijn nuttig om met de ouders te bespreken naar aanleiding van het profiel? Waarop kunnen complimenten gegeven worden, waarop kan worden doorgevraagd, waarop kan naar uitzonderingen worden gevraagd en hoe is het ouders gelukt om het, met alle door hen ervaren problemen, vol te houden? Waaraan merken de ouders en anderen (bijvoorbeeld de leerkracht of een buurvrouw) het wanneer er verbetering optreedt?

Belangrijk bij de nabespreking van dit onderdeel is dat gezinshulpverleners een verbinding leren leggen met de doelen en de aanmeldingsgegevens, zodat de uitkomsten van de vragenlijsten niet op zich staan. Ook komt aan de orde hoe de verschillende uitkomsten tussen de ouders geïnterpreteerd en gehanteerd kunnen worden.

Uitkomsten van de vragenlijsten bespreken met de ouders

Hier is het doel: de deelnemers kunnen de krachten en aandachtspunten van het CBCL- en/of NOSI-profiel met de ouders bespreken in relatie tot de hulpvraag en de gestelde doelen. Allereerst vindt een korte inventarisatie plaats welke punten van belang zijn om dit gesprek goed te kunnen voeren. Vervolgens bereiden de deelnemers in kleine groepjes het gesprek voor en daarna wordt er meerdere keren geoefend in een rollenspel. Belangrijke punten bij het nabespreken van de uitkomsten zijn:

- Sluit aan bij het taalgebruik van de ouders en check of ouders de uitkomsten herkennen.
- Geef ouders erkenning voor de problemen die ze ervaren met hun kind.
- Besteed zowel aandacht aan de krachten als aan de aandachtspunten.
- Verhelder of onderbouw de hulpvraag en vraag naar concrete situaties.
- Nodig de ouders uit om wensen tot verandering te uiten die tot werkdoelen kunnen leiden of leg een verband met de reeds eerder gestelde doelen.
- Vergelijk de profielen van de vragenlijsten die bij aanvang door de ouders zijn ingevuld met de profielen van de ingevulde lijsten bij einde van de hulp.

Belangrijke vragen kunnen zijn:

- Vragen naar de positieve uitzondering: wanneer is het probleem er niet?
- Schaalvragen: op een schaal van 1 tot 10, welk cijfer geven de ouders zichzelf als opvoeder?
- Wondervraag: hoe ziet het eruit als het wonder gebeurd is, het probleem is opgelost, waaraan zouden ouders het merken?
- *Coping*-vragen: hoe hebben ouders het zo lang volgehouden?

Bij de nabespreking van de oefening blijkt iedere keer opnieuw hoe nauw het luistert om goed aan te sluiten bij de ouders en in dialoog met de ouders de uitkomsten te bespreken. Voor gezinshulpverleners is het nuttig om zelf ook in de rol van de ouder te treden en te ervaren hoe het is om de uitkomsten uitgelegd te krijgen. Zo vindt de ene ouder het prettig om kort en

bondig de ‘uitslag’ te horen. Een ander wil het profiel bijna op itemniveau uitgelegd krijgen. Steeds weer blijkt dat het een kunst is om per gezin de juiste uitleg te geven met woorden die aansluiten bij hun taal. Tijdens het nabespreken van de oefeningen vindt veel uitwisseling tussen de gezinshulpverleners plaats en veel tips en creativiteit van de gezinshulpverleners worden benut om de juiste woorden te zoeken. In plaats van de *klinische grens* spreken gezinshulpverleners liever over gedrag waar ouders zich zorgen over maken. Door de suggesties van de gezinshulpverleners is de training al vele malen aangepast.

Evaluatie

Aan het eind van de training is ruimte voor vragen die nog niet aan de orde zijn geweest en wordt een aantal profielen getoond van zowel de aanvang als het einde van de hulp, alsook van de *follow-up*. Gezinshulpverleners wisselen hier over uit en geven elkaar suggesties. Tot slot vullen de deelnemers een evaluatieformulier in. Een greep van opmerkingen uit de evaluatieformulieren dat door gezinshulpverleners na afloop van de training is ingevuld:

- Ouders voelen zich serieus genomen wanneer je aandacht aan de uitkomsten besteedt.
- Het oefenen is erg nuttig en ik heb geleerd van de feedback.
- Het is van belang om ‘het uitkomsten-gesprek’ goed voor te bereiden.
- Ik wist niet dat je zoveel met de uitkomsten kunt doen.
- Ik snap nu eindelijk welke betekenis ik aan de uitkomsten kan geven.
- Ik blijf worstelen met de vraag of de vragenlijsten voor alle ouders geschikt zijn.

Ook na de training blijft er in de individuele werkbegeleiding of de teamvergadering aandacht voor de uitkomsten van de lijsten. Een maand voor afsluiting van de hulp worden de lijsten opnieuw afgenomen. Er is dan nog voldoende tijd om de uitkomsten met de gezinsleden te bespreken en de behandeling met het team of de werkbegeleider te evalueren. Wanneer er wel forse verbeteringen zichtbaar zijn maar de problemen of stressbelasting nog hoog is, kan er aandacht besteed worden aan het vinden van passende vervolghulp.

11.5 Conclusies

Het gebruik van vragenlijsten heeft in de Hulp aan Huis programma’s zijn weg gevonden. Begonnen als onderzoeksinstrumenten zijn het belangrijke praktijkinstrumenten geworden. Ze voorzagen in een leemte die ontstond toen hulpverleners in de jaren negentig van de vorige eeuw vanuit de vertrouwde residentiële en dagbehandelingssettings naar de gezinnen gingen en daar, vaak op grote afstand van de kantoorlocatie, gegevens over aard en ernst van de problematiek, risicofactoren en beschermende factoren moesten gaan verzamelen. Het gebruik van vragenlijsten bood hierbij de mogelijkheid om ouders zelf aan het woord te laten. Tevens konden de gezinshulpverleners op locatie met gedragswetenschappers dit ‘woord’ (de ingevulde vragen) interpreteren, om vervolgens die interpretatie weer met de ouders thuis te bespreken. Van groot belang bij dit proces is een programma van scholing en bijscholing van

gezinswerkers. In dit hoofdstuk is de opzet en inhoud van een dergelijk bijscholingsprogramma beschreven.

11.6 Bronvermelding

- Brink, T. ten, Kerkstra, G., Roosma, D. & Veerman, J.W. (2001; Red.). *Het onderzoek IAG (Deel 1 en 2)*. Assen: Hulp aan Huis.
- Brock, A.J.L.L. de, Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M. & Abidin, R.R. (1992). *NOSI. Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Handleiding experimentele versie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Meyer, R.E. de & Veerman, J.W. (2004). Intensieve Pedagogische Thuishulp onder de loep. In M. Loeffen (Red.), *Babel voorbij. Krachten en kansen van intensieve pedagogische thuishulp* (p. 137-148). Amsterdam: SWP.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit / Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Vugt, M.J.M.D. van & Berger, M.A. (1999). *De Versterking. Zeer intensieve hulp aan gezinnen gericht op competentievergroting. Handleiding*. Duivendrecht: PI Research.

Hoofdstuk 12. Onderzoeksgegevens als sturingsinformatie voor hulpverleners en teams

Marion Leijsen

12.1 Inleiding

De module Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)

Wie zou er niet willen weten of dat wat hij of zij doet werkt? Dat is in het dagelijkse leven zo, en dat geldt des te meer als het om professionele activiteiten gaat. Bij de module Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG), onderdeel van Hulp aan Huis Drenthe, wordt al een aantal jaren systematisch gekeken of de behandeling werkt. Jaarlijks behandelt de module IOG in de provincie Drenthe ruim honderd gezinnen met een gemiddelde behandelduur van vijf à zes maanden en een bezoekfrequentie van maximaal twee keer twee uur in de week. De gezinshulpverleners hebben wekelijks een gestructureerd cliëntgericht teamoverleg van tweeënhalf uur per week met de teamleider/behandelcoördinator en hebben een keer in de drie weken individuele werkbegeleiding. Beide ontmoetingen zijn vooral gericht op het oplossen van problemen van de gezinshulpverlener en/of het gezin, waarbij de nadruk ligt op het activeren van de hulpbronnen in het gezin en de krachten van de hulpverlener. Alle gezinshulpverleners bij IOG Drenthe hebben bij indiensttreding de tiendaagse post-hbo-opleiding IAG (Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding) gevolgd. Verder is er jaarlijks een breed aanbod aan diverse trainingen, gericht op verdieping en verbreding van de deskundigheid van de gezinshulpverlener.

De focus van dit hoofdstuk

IOG maakt op diverse niveaus gebruik van de *Child Behavior Checklist* (CBCL, Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996) en de NOSI (De Brock, Vermulst, Gerris & Abidin, 1992; zie ook hoofdstukken 10 en 11). Eerst gebeurde dat in het zogeheten Hulp aan Huis onderzoek, dat sinds 1997 plaatsvindt (Ten Brink, Kerstra, Roosma & Veerman, 2001). Vanaf het begin werd het belangrijk gevonden dat onderzoeksgegevens die door de gezinnen en gezinshulpverleners verzameld worden ook in de gezinsbehandeling zelf en in het team gebruikt worden. Dat gebruik begint al met de gegevens van individuele kinderen en gezinnen in het primaire proces (op microniveau) en gaat vervolgens verder met het gebruik van gegevens van groepen cliënten of van teams (mesoniveau) of de gehele organisatie (macroniveau). In hoofdstuk 5 werd meer in algemene zin aangegeven hoe dit zou kunnen. In dit hoofdstuk illustreren we concreet hoe dit bij IOG Drenthe gaat. We gaan met name in op het gebruik op microniveau (door hulpverleners) en mesoniveau (door teams).

12.2 Gebruik van vragenlijsten bij IOG: microniveau

Algemene gang van zaken

Om een zo getrouw mogelijke startmeting te krijgen worden binnen een week na start van de hulpverlening bij het gezin de lijsten CBCL (en/of bij jongeren van twaalf jaar en ouder *Youth Self-Report / YSR*; Verhulst, Van der Ende & Koot, 1997) en NOSI afgenomen. De gezinshulpverlener brengt de vragenlijsten mee naar het kennismakingsgesprek en verzoekt de ouders en/of de jongere de lijsten in te vullen zodat de gezinshulpverlener deze bij het daarop volgende bezoek voor verwerking mee kan nemen. Door het afnemen van de lijsten direct bij het begin van de hulp is vanaf de start overleg over specifieke problemen die in het gezin spelen. Deze kunnen vervolgens meegenomen worden bij de vertaling van de eind- en tussendoelen uit het indicatiebesluit in de werkdoelen waar de gezinsleden en gezinshulpverlener gedurende de behandeling aan gaan werken.

De uitkomsten van deze beginlijsten worden na verwerking door het secretariaat tijdens de individuele werkbepreking tussen gedragswetenschapper en gezinshulpverlener geanalyseerd. In deze analyse wordt gekeken welke probleemschalen in de klinische *range* scoren en welke niet. Het profiel van de ene ouder wordt vergeleken met dat van de andere ouder (voorzover daarvan gegevens voorhanden zijn) en eventueel met de door de jongere ingevulde YSR. Besproken wordt of het beeld dat uit de vragenlijsten naar voren komt overeenkomt met de informatie die de gezinshulpverlener daarnaast al heeft verzameld in de eerste contacten met de gezinsleden en met de informatie en rapportage van de casemanager die bij het indicatiebesluit meegestuurd is. De gezinshulpverlener formuleert enkele werkhypotheses over wat er mogelijk aan de hand is in het gezin en gebruikt deze aannames als rode draad in de bespreking van de uitgewerkte profielen van de vragenlijsten met de gezinsleden.

In het laatstgenoemde gesprek wordt door de gezinshulpverlener samen met de ouders (en jongere) gekeken naar overeenkomsten en verschillen, krachten en problemen. Er wordt gecheckt in hoeverre de uitslagen worden herkend, of ze overeenkomen met de reden van aanmelding bij IOG en of specifiek aangemerkte items van de vragenlijsten meegenomen moeten worden in de hulpverlening. Op basis van deze items worden dan werkdoelen geformuleerd die aan het hulpverleningsplan worden toegevoegd.

Na vier maanden hulp volgt een evaluatiegesprek in het gezin waarbij gekeken wordt wat er tot dan toe bereikt is en in hoeverre de doelen (al) voldoende bereikt zijn. Hierbij worden de uitslagen van de beginlijsten gebruikt om samen met de gezinsleden te checken wat al goed genoeg is veranderd en waar mogelijk in de komende periode nog aan gewerkt moet worden.

Aan het eind van de hulpverlening (meestal na vijf of zes maanden) worden dezelfde lijsten wederom ingevuld door de gezinsleden en door de gezinshulpverlener geanalyseerd tijdens de individuele werkbepreking. In de analyse wordt gekeken of er een verschil is te zien met de aanvangscores en of dit ook geldt voor de schalen en items waarop bij aanvang van de behandeling werkdoelen zijn geformuleerd. Besproken wordt of het beeld wat uit de vragenlijsten naar voren komt ondersteund wordt door de klinische ervaring die de gezinshulpverle-

ner inmiddels met de gezinsleden heeft. Gezocht wordt naar mogelijke verklaringen voor wat ertoe heeft geleid dat de problemen waar de items op duiden zijn opgelost, verminderd, of nog steeds problematisch zijn. Deze aannames vormen de rode draad in de bespreking van de uitkomsten met de gezinsleden.

In het gesprek van de gezinshulpverlener met de gezinsleden worden de uitkomsten van de eindlijsten vergeleken met de beginlijsten. Samen met de gezinsleden worden de veranderingen tussen deze beide lijsten besproken, waarbij beoordeeld wordt of deze veranderingen herkend worden en goed genoeg zijn of dat er nog werkdoelen voor eventuele vervolghulp uit voortvloeien. De uitkomsten uit deze bespreking worden door de gezinshulpverlener vastgelegd in het eindrapport en samen met het gezin besproken met de casemanager van het bureau jeugdzorg.

Praktijkvoorbeeld

Op de volgende pagina's zijn de effectrapportages opgenomen die voortvloeien uit de afname van instrumenten aan het begin en aan het einde van de hulp.

In figuur 12.1 op de volgende pagina is met de niet-onderbroken lijn aangegeven op welke domeinen van de CBCL de ouder met haar dochtertje van zes jaar bij de start van de behandeling de grootste problemen ervaart. In de figuur valt te zien dat op de schaal agressief gedrag het hoogst wordt gescoord. De moeder vertelt dat hieronder de onderlinge ruzies van de kinderen vallen. Dit is een van de problemen is waar zij graag een oplossing voor zou willen vinden. De gezinshulpverlener stelt voor om hier een werkdoel voor de komende periode van te maken. Gedurende de daarop volgende maanden wordt er door moeder met ondersteuning van de gezinshulpverlener aan gewerkt om de ruzies tussen de kinderen te laten afnemen (naast een beperkt aantal andere voor moeder belangrijke werkdoelen). Bij de evaluatie na drie maanden hulp besluit moeder de hulp te beëindigen, aangezien zij over de hele linie zeer tevreden is met de zichtbare resultaten. Zij heeft het gevoel zelf weer zoveel grip op de opvoeding en ontwikkeling van haar kinderen te hebben dat zij hier zelf, zonder hulp, mee verder kan. De eindscores (zie de onderbroken lijn) bevestigen dit: bij de eindmeting is te zien dat op de drie domeinen die bij aanvang relatief hoog scoorden vooruitgang is geboekt, waaronder agressief gedrag.

In figuur 12.2 zijn de begin- en eindscores van de NOSI van dezelfde moeder getoond. Met de NOSI komt de mate van opvoedingsbelasting die de ouder ervaart in beeld. De niet-onderbroken lijn laat de beginscores van deze moeder zien. Op bijna alle domeinen scoort moeder zeer hoog. Moeder wil onder andere competentier worden en bij navraag wil zij het naar bed gaan van haar dochter aanpakken. Aan het einde van de hulp, na drie maanden, is er een groot verschil te zien tussen de begin- en eindscores: de onderbroken lijn van de eindscores laat zien dat de aanvankelijk hoge scores nu beduidend lager zijn. Ook blijkt uit de eindscoring dat moeder in vergelijking met de normale populatie van Nederlandse moeders een gemiddelde stressbeleving heeft bereikt.

Effectrapportage: CBCL / 6-18 – Syndroomschalen – Meisjes 6-11 jaar

Naam: Xxxxxx

Geboortedatum: 02-04-2001

1e meting: 16-01-2008 (meetmoment: Aanvang)

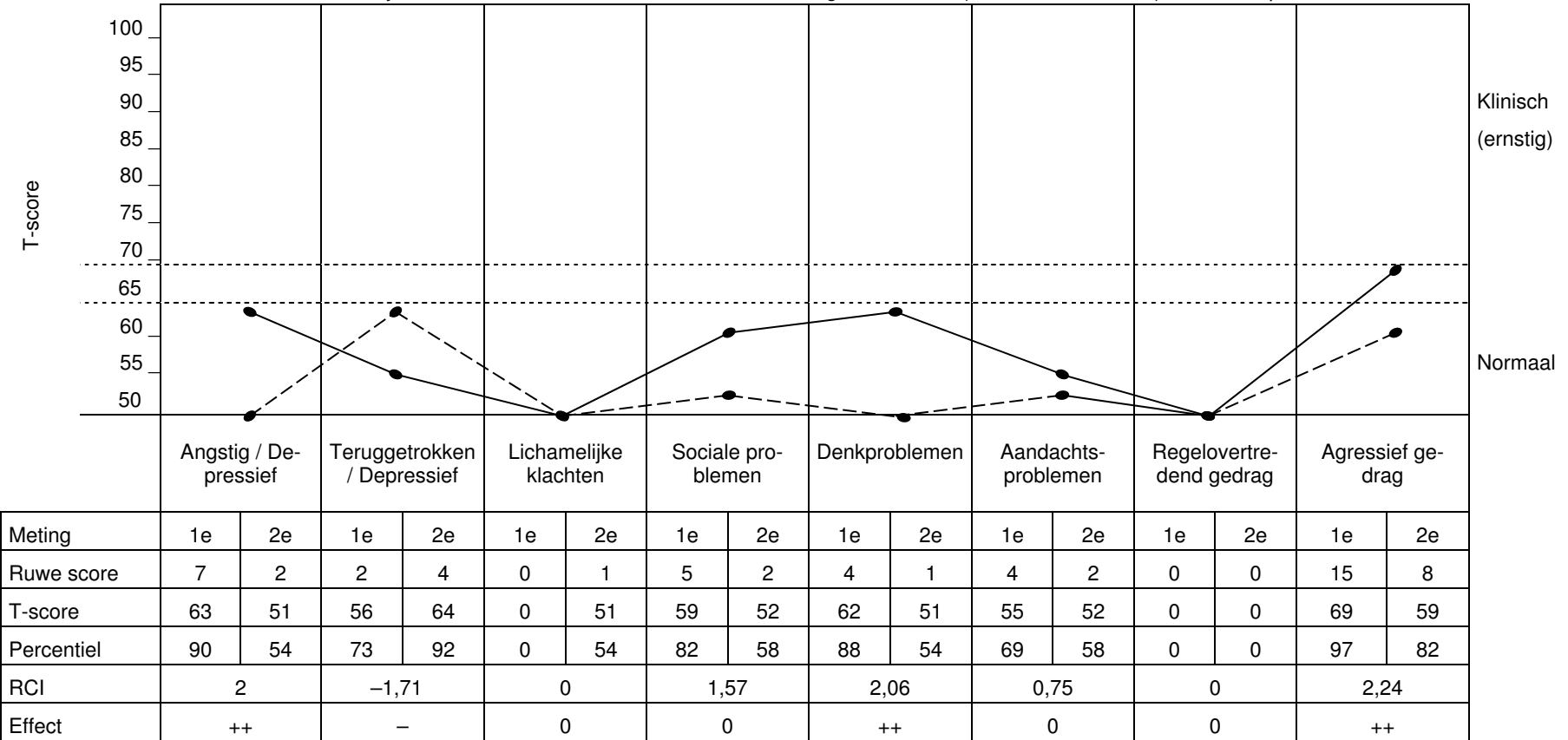
Informant: Moeder

Geslacht: Vrouw

Leeftijd: 6

2e meting: 16-04-2008 (meetmoment: Einde)

Hulpverlener: Mw. Xxxxxx



Noot : ●—● = Eerste meting; ●-● = Tweede meting. Codering effect: - = Verslechterd; 0 = Onveranderd; + = Verbeterd, maar niet klachtenvrij; ++ = Verbeterd en klachtenvrij. Toelichting T-score, Percentiel, RCI en codering effect zie hoofdstuk 17. Copyright CBCL-schalen: Achenbach & Rescorla (2001); Nederlandse vertaling: Verhulst & Van der Ende. Bron schema effectrapportage: BergOp 3.0.

Figuur 12.1 Voorbeeld van een CBCL-profiel bij aanvang en einde van de hulp

Effectrapportage: NOSI – Nijmeegse Ouderlijke Stress Index: Ouderdomein – Normgroep Moeders

Naam: Xxxxxx

Geboortedatum: 02-04-2001

1^e meting: 16-01-2008 (meetmoment: Aanvang)

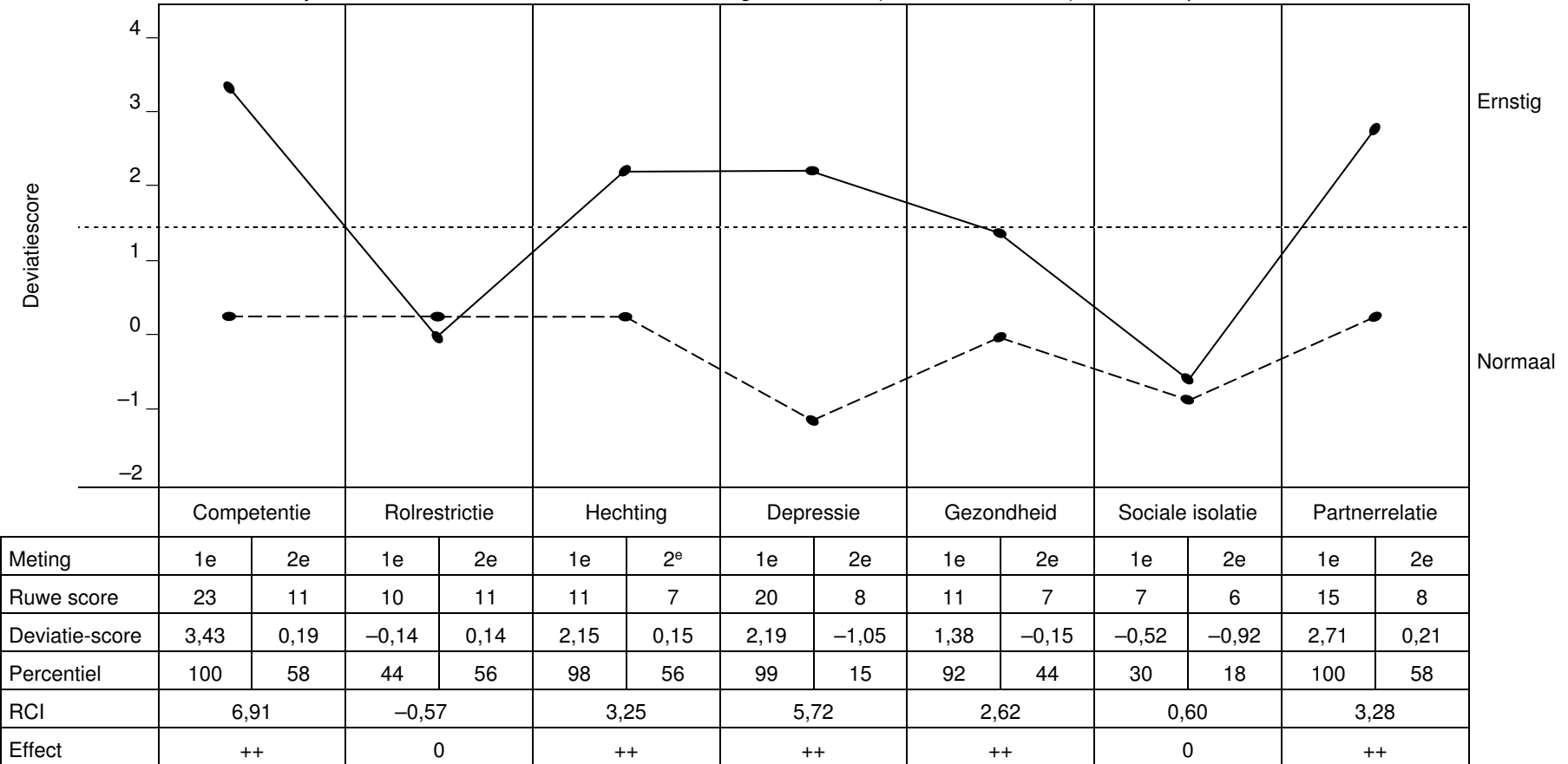
Informant: Moeder

Geslacht: Vrouw

Leeftijd: 6

2^e meting: 16-04-2008 (meetmoment: Einde)

Hulpverlener: Mw. Xxxxxx



Noot : ●—● = Eerste meting; ●- -● = Tweede meting. Codering effect: - = Verslechterd; 0 = Onveranderd; + = Verbeterd, maar niet klachtenvrij; ++ = Verbeterd en klachtenvrij. Toelichting Deviatie-score, Percentiel, RCI en codering effect zie hoofdstuk 17. Copyright NOSI-schalen: De Brock, Vermulst, Gerris, Veerman & Abidin (2005). Bron schema effectrapportage: BergOp 3.0

Figuur 12.2 Voorbeeld NOSI-profiel bij aanvang en einde van de hulp

12.3 Gebruik van vragenlijsten bij IOG: mesoniveau

Algemene gang van zaken

Jaarlijks worden alle vragenlijst- en andere onderzoeksgegevens van het voorafgaande jaar door de onderzoekers van Praktikon in een tabellenboek en een *powerpoint*-presentatie verwerkt. Deze informatie is meestal medio maart beschikbaar. De gedragswetenschapper van IOG organiseert dan samen met de teamleider en clustermanager een bijeenkomst met het IOG-team om gezamenlijk de onderzoeksuitkomsten te bespreken. Ook de onderzoeker wordt bij deze bespreking uitgenodigd om waar nodig toelichting te geven op de statistische analyses en de betekenis van de daaruit voortvloeiende tabellen en *powerpoint*-plaatjes.

Met elkaar worden aan de hand van een analyseformulier de volgende onderwerpen langsgelopen (zie ook figuur 12.3): Wat is de respons? Wat zijn de veranderingen op probleemgedrag en opvoedingsbelasting die uit de gegevens naar voren komen? Wat is de status of de ernst van het probleemgedrag en de opvoedingstress bij de afsluiting? Wat kan men op basis van de gegevens zeggen over de effectiviteit van de hulp en de tevredenheid van de cliënten? Wat is te zeggen over de gegevens die een blik werpen op de behandelkenmerken? Interessant hierbij zijn de in het oog springende verschillen met voorgaande jaren (trends), met andere modules van Hulp aan Huis Drenthe (zoals FF of IPG) en met de IOG-modules van Hulp aan Huis Overijssel en Groningen (als *benchmarking*).

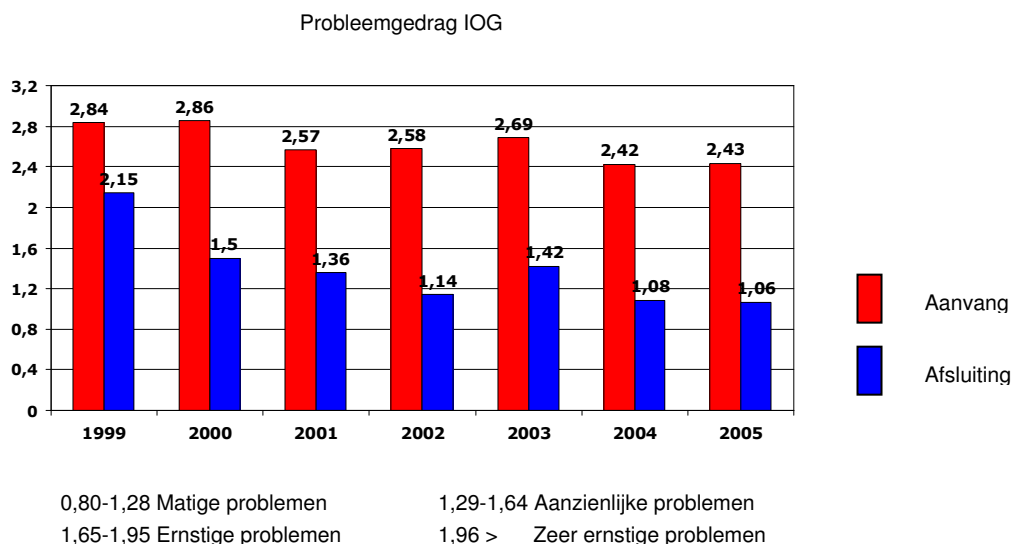
Signalering opvallende zaken in voorgaande jaar:	Analyse: (1) Is gesignaleerde herkenbaar? (2) Wat zijn mogelijke verklaringen?	Verbeteracties: (1) Uitkomsten goed genoeg? (2) Moet er iets veranderen?
1. Kwaliteit van de respons		
2. Veranderingen op probleemgedrag en opvoedingsbelasting		
3. Status probleemgedrag en opvoedingsbelasting bij afsluiting		
4. Effectiviteit en tevredenheid		
5. Behandelkenmerken		

Figuur 12.3 Analyse kader IAG-onderzoek / Module IOG

In nadere analyse wordt eerst samen gekeken of de gezinshulpverleners hun klinische ervaring van het afgelopen jaar ook in de onderzoeksinformatie herkennen. Daarna komt uitgebreid aan bod waarom de onderzoeksuitkomsten er uit zien zoals ze eruit zien. In dit dialogische proces van hypothesevorming komt elk jaar weer veel in de praktijk opgedane ervaringskennis op tafel. In de besprekingen worden de aannames van het vorige jaar en de voorgenomen actiepunten erbij gehaald om de huidige uitkomsten te begrijpen. Dit biedt verklaringen die uitstekende bouwstenen leveren voor zowel vervolgonderzoek als voor het bepalen van de verbeteracties voor het komende jaar. Vervolgens komt men tot een gezamenlijke conclusie en worden er afspraken gemaakt over wat nodig is om de bereikte effecten in elk geval te kunnen consolideren. Ook wordt er gekeken wat beter kan en worden er verbeteracties afgesproken voor het komende jaar. Deze punten worden beschreven zodat ze in het volgende jaar weer te gebruiken zijn in dit cyclische proces.

Praktijkvoorbeeld

De figuren 12.4 tot en met 12.7 komen uit de *powerpoint*-presentatie van de onderzoeksuitkomsten 2005 van het IAG-onderzoek in Drenthe (De Meyer & Veerman, 2006). Deze plaatjes spelen een belangrijke rol bij het bespreken van de verandering op probleemgedrag en opvoedingsbelasting met het Drentse IOG-team. In dit voorbeeld geven we per plaatje eerst een korte toelichting op wat te zien is. Daarna geven we aan tot welke soort hypothesen en verbeteracties de bespreking van deze plaatjes met het IOG-team hebben geleid.

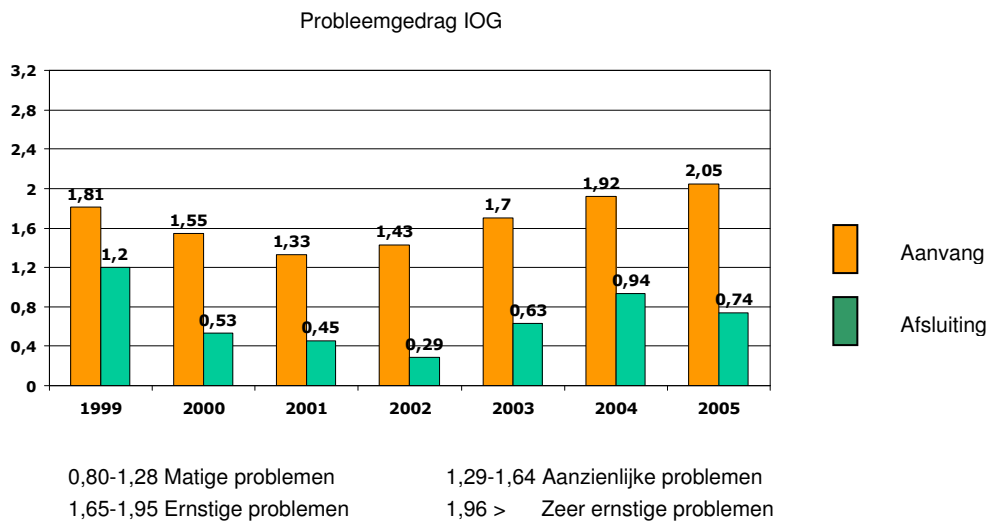


Figuur 12.4 Verandering probleemgedrag bij IOG Drenthe over de jaren 1999-2005

In figuur 12.4 is zichtbaar dat ouders gemiddeld zeer ernstige gedragsproblemen ervaren bij de start van de hulp (ruim boven de 1,96). Dit is over de jaren heen gelijkgebleven. Voorts blijkt dat er in 2005 gemiddeld nog matige problemen aanwezig zijn bij de afsluiting van de

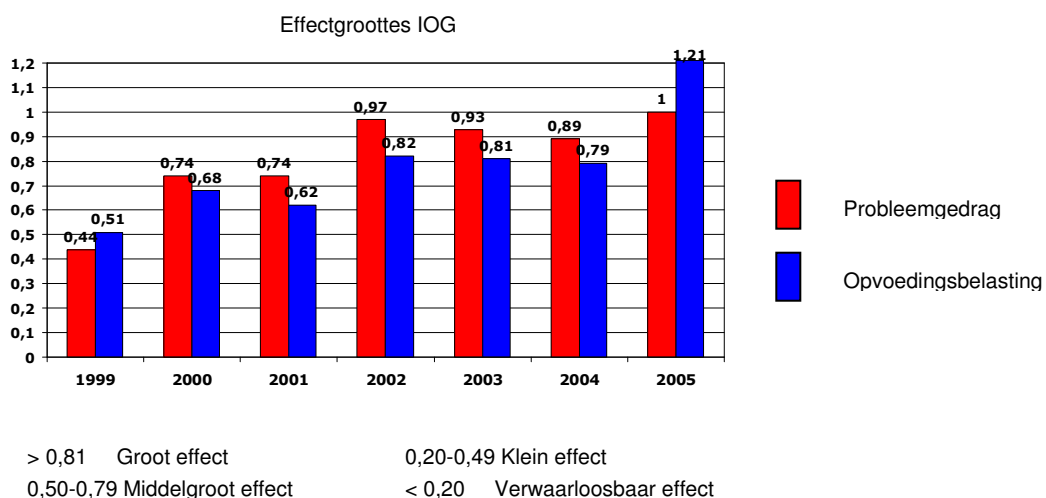
hulp (tussen de 0,80 en 1,28). Dit gegeven is door IOG voor 2006 aangemerkt als verbeteractie: de problematiek bij afsluiting van de hulp moet verder verminderd zijn.

Figuur 12.5 laat de door ouder(s) ervaren opvoedbelasting zien. De beginscores van de laatste jaren laten een toenemende stijging zien van 1,33 (aanzienlijke problemen) tot 2,05 (zeer ernstige problemen) in 2005. Tevens is te zien dat in alle afgelopen zes jaren ouders aangeven bij einde hulp bijna geen tot geen opvoedingsstress meer te ervaren (minder dan 0,80). In 2005 is de gemiddelde opvoedingsbelasting verminderd van 2,05 naar 0,74.



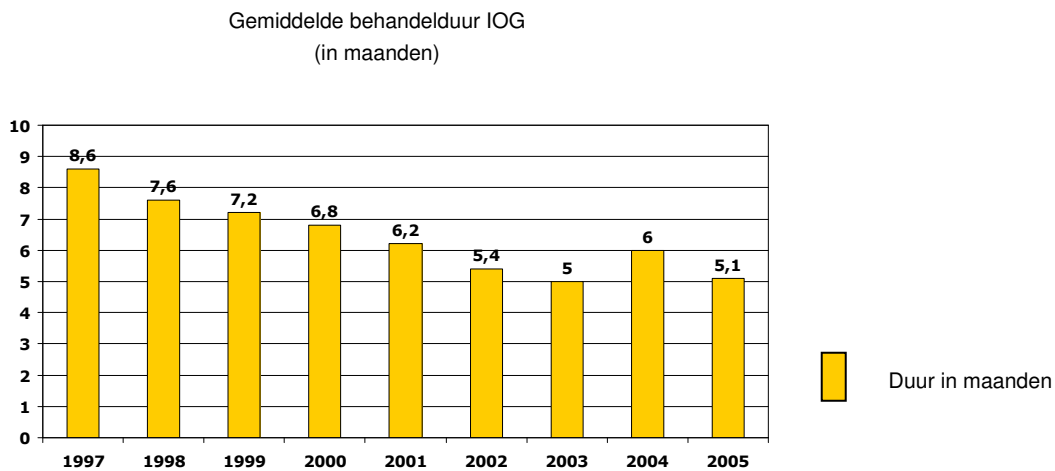
Figuur 12.5 Verandering opvoedingsbelasting bij IOG Drenthe over de jaren 1999-2005

Figuur 12.6 laat zien hoe de gemiddelde effectgroottes van IOG voor zowel probleemgedrag als opvoedingsbelasting zich hebben ontwikkeld. Stapsgewijs is er sprake van een verbetering op zowel het laten afnemen van probleemgedrag als op de opvoedingsstress. Zeer opvallend is de grote verbetering van de effectgrootte van de opvoedingsbelasting in het laatste jaar.



Figuur 12.6 Effectgroottes probleemgedrag en opvoedingsbelasting IOG Drenthe over de jaren 1999-2005

Figuur 12.7 toont de gemiddelde behandelduur vanaf 1997.



Figuur 12.7 Gemiddelde behandelduur IOG Drenthe in maanden over de jaren 1997-2005

De figuur maakt duidelijk dat de gemiddelde behandelduur vanaf 1997 een gestage daling heeft ondergaan en de laatste jaren schommelt tussen de vijf á zes maanden. Deze tabel is belangrijk omdat hieruit aanwijzingen af te leiden zijn dat de verbetering van de effecten van de laatste jaren bij IOG niet verklaard kan worden uit een kortere behandelduur.

Hypothesen en verbeteracties

Tijdens de jaarlijkse presentatie worden de resultaten met het IOG-team besproken door de gedragswetenschapper, samen met de clustermanager en teamleider. Waar vooral naar gekeken wordt zijn de uitslagen van het afgelopen jaar, afgezet tegen de voorgaande jaren en dan vooral het voorlaatste jaar. Van tevoren wordt aan het team gevraagd naar hun voorspelling van het afgelopen jaar. Zijn de effecten gelijk gebleven, verbeterd of wellicht verslechterd? Daarnaast wordt gevraagd naar de redenen waarom men deze verwachtingen heeft. Vervolgens worden de cijfers getoond en is te zien of de voorspellingen juist waren of niet. Daarna wordt gevraagd naar mogelijke redenen die de eventuele veranderingen zouden kunnen verklaren. Ook wordt het voorlaatste jaar er bij gehaald, waarover eerder ook voorstellen van verbetering en consolidering geformuleerd waren. Gepoogd wordt daaruit trends over de afgelopen jaren af te leiden en nieuwe actiepunten af te spreken voor het nu lopende jaar.

In het geval van IOG zijn de vragen in 2005 bijvoorbeeld of de voorgenomen actiepunten van 2004 geleid hebben tot het succes van 2005. Belangrijk actiepunt voor 2005 was het probleemgedrag te doen afnemen van matige problemen naar geen problemen (is onder 0,80) en de mate van opvoedingsbelasting bij afsluiting rond de 0,80 te laten consolideren. Voor zowel gedragsproblemen als opvoedingsbelasting zijn door het team verbeteracties geformuleerd die zouden kunnen leiden tot het doorbreken van 'de barrière' van 1,0 op de effectgrootte. Over het jaar 2004 werd bijvoorbeeld met het team geconstateerd dat de nieuw geleerde methodiek

van het oplossingsgerichte werken de ‘oude’ methodiek (de IAG) enigszins heeft laten onder-sneeuwen. Daarom is in 2005 onder meer afgesproken beide methodieken beter met elkaar te integreren door het beste van beide te gaan (her)gebruiken. Ook is afgesproken de beginlijsten meer als rode draad van de behandeling te gaan gebruiken. Dat betekent doelen stellen aan de hand van de scores op de vragenlijsten en tijdens de evaluatie na vier maanden samen met de gezinsleden toetsen of er al veranderingen geconstateerd kunnen worden en wat er nog eventueel aan behandelactiviteiten toegevoegd moet worden. In 2005 is in dat kader de regel ingevoerd dat de gezinshulpverlener in het evaluatiegesprek na vier maanden de volgende vraag aan de gezinsleden stelt: *‘Stel, de lijsten zouden nu na vier maanden weer worden ingevuld, zou er dan ten opzichte van deze beginlijsten al veranderingen te zien zijn, waar zouden die dan te zien zijn en wat verdient nog aandacht in de komende periode om voldoende verbetering te bereiken’*.

Voor het jaar 2006 heeft de bespreking van de onderzoeksuitkomsten met het team op het onderwerp ‘verandering probleemgedrag en opvoedingsbelasting’ geleid tot de volgende hypothesen en verbeteracties:

- Werken met vragenlijsten; de bereikte integratie IAG methodiek met oplossingsgericht werken lijkt de effectiviteit van de methodiek van IOG te vergroten. In 2006 zullen deze onderdelen opgenomen in de bijgestelde methodiekhandleiding IOG.
- Blijvende aandacht voor het nog meer laten afnemen van het probleemgedrag; onder meer door nadrukkelijker te kijken naar de verschillen tussen de gezinnen/ gezinsbehandelingen waarbij dit wel en waarbij dit niet in voldoende mate plaatsvindt.
- Omdat bij 95 procent van de gezinnen bij afsluiting de kinderen wel thuis kunnen blijven wonen, zal er tevens extra aandacht besteed worden aan de vraag wat de meest effectieve vervolghulp is voor gezinnen waarbij bij afsluiting nog steeds sprake is van ernstige problemen. Dit actiepunt zal door het team samen met het bureau jeugdzorg worden opgepakt.

12.4 Aanbevelingen

Om tot goede resultaten te kunnen komen zijn enkele punten van belang. Als eerste is een gedegen onderbouwde methodiekbeschrijving nodig, die wordt uitgevoerd zoals dat bij IOG in de IAG-opleiding is geleerd (aangevuld met Korte Oplossingsgerichte Therapie) en met een voortdurend aanbod van herhalings- en vervolgtrainingen. Zonder een dergelijk aanbod verwatert mogelijk de systematische toepassing van de methodiek, alsook het functionele gebruik van de vragenlijstgegevens op het micro- en mesoniveau. Het daadwerkelijk gebruiken van de scores uit de vragenlijsten als sturingsinformatie op micro- en mesoniveau is een tweede punt. De scholing verhoogt weliswaar de kans op (juist) gebruik, maar maakt het nog niet vanzelfsprekend. Als derde punt kan aangenomen worden dat een intensieve individuele werk- en teambegeleiding van gezinshulpverleners, gericht op het werken volgens de methodische principes, werkt. Een vierde punt is het stellen van concrete, haalbare doelen die het gezin wenst op te lossen, en dit mede te doen aan de hand van de uitkomsten van de CBCL en

de NOSI. Als vijfde en laatste punt geldt dat de hulpverleningsplannen als een soort instructieboek voor het gezin geschreven worden, zodat deze rapporten ook na de hulp, zonder interventie van de hulpverlener, voor de ouders als hulpmiddel kunnen blijven fungeren bij het oplossen van soortgelijke problemen.

12.5 Bronvermelding

- Brink, T. ten, Kerkstra, G., Roosma, D. & Veerman, J.W. (2001; Red.). *Het onderzoek IAG (Deel 1 en 2)*. Assen: Hulp aan Huis.
- Brock, A.J.L.L. de, Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M. & Abidin, R.R. (1992). *NOSI. Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Handleiding experimentele versie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Meyer, R.E. de & Veerman, J.W. (2006). *Resultaten Hulp aan Huis Drenthe. Tabellenboek 2005*. Nijmegen: Praktikon.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit / Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit / Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Over de auteurs

Dr. B. Bijl

Bas Bijl is kinder- en jeugdpsycholoog en als senior onderzoeker/adviseur verbonden aan PI Research te Duivendrecht. Zijn werkgebied betreft de jeugdzorg en het speciaal onderwijs. De ontwikkeling van 'solide', werkzame interventies is een thema waarmee hij zich de afgelopen vijftien jaar in verschillende functies heeft beziggehouden. Onderbouwing van interventies met onderzoeksresultaten is hiervan een wezenlijk onderdeel. In zijn werk als onderzoeker heeft hij diverse projecten onder handen (gehad) waarin de vraag over het effect van interventies centraal stond. Tevens is hij als adviseur betrokken bij projecten die tot doel hebben onderzoek naar hulpverleningsresultaten structureel in te bedden in het primair proces.

Dr . C. van Dam

Coleta van Dam is in 1997 afgestudeerd als gezinspedagoog aan de Katholieke Universiteit Nijmegen en promoveerde in 2005 op een onderzoek naar recidivisme onder jeugdige criminelen. Zij heeft na haar promotie enige jaren bij de Hoenderloo Groep gewerkt aan het opzetten en coördineren van evaluatie- en *follow-up*-onderzoek. Momenteel is ze als onderzoeker werkzaam bij Praktikon en brengt expertise in vanuit haar onderzoekservaring binnen de justitiële jeugdinrichtingen. Zij houdt zich bij Praktikon met name bezig met de evaluatie van het Nieuw Zorgaanbod voor civielrechtelijk veroordeelde jongeren, het project Zicht op Effectiviteit en het project Erger Voorkomen.

Dr. J.W. Delicat

Jan-Wilm Delicat werkt als onderzoeker voor Jeugdzorg Drenthe. In het kader van het ZonMW-project Werken zoals Bedoeld ontwikkelt hij een monitor om behandelintegriteit te kunnen meten. Daarnaast werkt hij als opleidingscoördinator voor de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog en klinisch psycholoog (SPON / Radboud Universiteit Nijmegen). Hij is gepromoveerd in de sociale wetenschappen op onderzoek naar de geschiedenis van de rijks-opvoedingsgestichten in Nederland in de twintigste eeuw.

Drs. H. Gritter

Henri Gritter werkt als algemeen manager bij Altrecht, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg met vestigingen in de regio Midden Westelijk Utrecht. Hij is leidinggevende van het expertisecentrum multiprobleemgezinnen De Bellenbergh in Zeist. Hij is in 1995 afgestudeerd aan de Universiteit Utrecht, studierichting Algemene Sociale Wetenschappen met als specialisatie Organisatie en Beleid van de Gezondheidszorg. Hij heeft in Midden Nederland diverse leidinggevende functies uitgeoefend binnen de jeugdhulpverlening en jeugd-GGZ. In De Bellenbergh is hij in 2002 betrokken geraakt bij de opzet en ondersteuning van effectonderzoek en verdere implementatie van deze vorm van praktijkgestuurd onderzoek bij multiprobleemgezinnen.

Drs. G.T. Kerkstra

Ger Kerkstra is GZ-psycholoog/orthopedagoog. Tot voor kort was ze werkzaam als gedragswetenschapper en programmaleider bij de Base Groep te Groningen. Ze ontwikkelde daar gedurende negen jaar het intersectorale Hulp aan Huis programma Groningen. Daarnaast was ze een aantal jaren werkzaam als orthopedagoog bij de gezinsdagbehandeling en de gezinskliniek van de GGZ Drenthe. Sinds kort is ze behandelcoördinator van de modules Functionele Gezinstherapie en Parent Management Training Oregon bij Jeugdzorg Drenthe.

Dr. G. Kroes

Gert Kroes werkt als onderzoeker bij Praktikon. Hij is als cultuur- en godsdienstpsycholoog afgestudeerd aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. Hij heeft een aantal jaren in de praktijk van de jeugdzorg gewerkt en is geregistreerd als GZ-psycholoog en als Kinder- en Jeugdpsycholoog-Specialist. In 2006 is hij aan de Radboud Universiteit Nijmegen gepromoveerd op een onderzoek naar de beoordeling van gedragsproblemen bij kinderen door verschillende informanten. Zijn specifieke aandachtspunten bij Praktikon zijn het opzetten en ondersteunen van effectonderzoek bij jeugdzorginstellingen en de logistiek van dataverzameling, waaronder het verder ontwikkelen van software daarvoor (zoals het programma BergOp).

Drs. M.E Leijssen

Marion Leijssen is orthopedagoog. Zij is als behandelcoördinator werkzaam bij Jeugdzorg Drenthe. Zij werkt ruim twaalf jaar bij Hulp aan Huis Drenthe. Eerst als hulpverlener bij Families First, daarna als teamleider/behandelcoördinator bij Families First en Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling. Tevens is zij sinds enkele jaren programmacoördinator van Hulp aan Huis Drenthe. Sinds kort houdt ze zich bezig met het begeleiden van gezinshulpverleners bij Multi Systeem Therapie (MST) en IOG Erger Voorkomen.

Drs. A.H. Roosma

Dries Roosma is psycholoog / andragoog. Hij is als projectleider werkzaam bij BJZ Drenthe en de zorgaanbieder Jeugdzorg Drenthe. Daar houdt hij zich vooral bezig met methodiekontwikkeling en kwaliteitsverbetering in de Drentse jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-Gehandicaptenzorg. Hij is betrokken geweest bij de ontwikkeling en invoering van Hulp aan Huis Drenthe, het programma Psychiatrisch Gezinsgerichte Behandeling Noord-Nederland en meer recent het Voordeurprogramma Bureau Jeugdzorg Drenthe en de ontwikkeling en invoering van het monitoringsysteem Resultaatgericht Meten in de Drentse jeugdzorg.

Drs. M. van der Steege

Mariska van der Steege is orthopedagoge. Van 1998 tot en met 2006 werkte ze bij het NIZW, nu is ze als senior medewerker werkzaam bij de afdeling Jeugdzorg & Opvoedhulp van het Nederlands Jeugdinstituut. Ze ondersteunt instellingen in de praktijk van de jeugdzorg bij het handen en voeten geven aan effectiviteit, het implementeren van werkzame elementen, het expliciteren van praktijkkennis en het theoretisch onderbouwen van interventies. Andere thema's waar ze zich mee bezighoudt zijn: leren van professionals, vraaggericht werken en Intensief Pedagogische Thuishulp.

Drs. J.F. Tönjes

Hans Tönjes is orthopedagoog. Hij is programmamanager van het intersectorale samenwerkingsverband Hulp aan Huis Overijssel. Binnen dit programma is hij onder meer verantwoordelijk voor de samenhang, methodiekontwikkeling, kwaliteitsverbetering en verantwoording van de ambulante gezinsbehandeling die door de dertien participerende zorgaanbieders wordt geboden. Ook is hij projectleider in de provincie Utrecht waar een aantal organisaties uit de jeugdhulp, kinder- en jeugdpsychiatrie en zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap een volledig Hulp aan Huis programma wil ontwikkelen.

Prof. dr. J.W. Veerman

Jan Willem Veerman studeerde klinische psychologie. Hij is vanwege de Stichting De Waarden te Nijmegen bijzonder hoogleraar Speciale Kinder- en Jeugdzorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen (RU). Tevens is hij hoofd van Praktikon, een onderzoeksorganisatie in de jeugdzorg die deel uitmaakt van de Stichting de Waarden. Hij houdt zich bezig met evaluatie- en effectonderzoek in de praktijk van de jeugdzorg. Vanuit die rol heeft hij meegewerkt aan en gepubliceerd over onderzoek naar verschillende vormen van jeugdzorg.

Drs. B. Vermeiden

Baukje Vermeiden is orthopedagoge. Sinds 1976 is ze werkzaam bij Spirit, een jeugdhulpverleningsorganisatie in Amsterdam. Na daar eerst actief geweest te zijn in uiteenlopende vormen van het uitvoerende werk, onder meer op het gebied van crisisopvang, pleegzorg, videohometraining en residentiële zorg, is ze sinds een tiental jaren werkzaam op het terrein van beleid en kwaliteitszorg. Ze kan daarbij putten uit een brede praktijkervaring. Als beleidsmedewerkster houdt ze zich in het algemeen bezig met het (verder) ontwikkelen, onderzoeken en implementeren van methoden. Meer in het bijzonder is/was haar aandacht onder meer gericht op de inhoudelijke en organisatorische afstemming van het hulpaanbod op complexe hulpvragen en op beleidsmatige en inhoudelijke aspecten van de zorg voor veiligheid van kinderen.

Dr. B. Vogelvang

Bas Vogelvang (ontwikkelingspsycholoog) is vanaf 2000 als expert adviseur werkzaam bij Adviesbureau Van Montfoort en sinds 2008 als Lector Reclassering en Veiligheidsbeleid bij het Expertisecentrum Veiligheid van de Avans Hogeschool. Daarvoor werkte hij onder meer als hoofd afdeling kwaliteitszorg en onderzoek bij Altra Jeugdzorg. Zijn expertise betreft wetenschappelijk onderzoek naar de uitvoering en effecten van interventies en het ontwikkelen en implementeren van methodieken, diagnostische instrumenten en opleidingen. Daarbij ligt de nadruk op de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming en de volwassenreclassering. Hij (mede) ontwikkelde onder andere: theoretische fundering van het programma van de Glen Mills School, de methode Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer, de methode Jeugdreclassering, de methode Spoedhulp, de RISc (Recidive Inschattings Schalen Volwassenreclassering), het Onderzoeksmodel Civiel van de Raad voor de Kinderbescherming en het Landelijk Kader Instrumentarium Jeugdstrafrecht.

Prof. dr. T.A. van Yperen

Tom van Yperen is orthopedagoog. Hij is als hoofd van het NJi Kenniscentrum verbonden aan het Nederlands Jeugdinstituut / NJi. Zijn publicaties gaan hoofdzakelijk over de kwaliteit van de jeugdzorg en de preventie en in het bijzonder over de effectiviteit van de interventies die in deze werksoorten voorhanden zijn. Tevens is hij vanwege het NJi bij de Universiteit Utrecht werkzaam als bijzonder hoogleraar op het terrein van het onderzoek naar en de ontwikkeling van effectieve jeugdzorg. In die functie geeft hij onderwijs over praktijkonderzoek, kwaliteitsbeleid en strategieën van kwaliteitsontwikkeling. Daarnaast stimuleert hij de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek naar de resultaten van jeugdzorginterventies.